

Univerzita Karlova v Praze

Filozofická fakulta

Katedra psychologie

Bakalářská práce



Sandra Tomečková

Psychologické aspekty bolesti hlavy

Psychological Aspects of Headache

Praha 2016

Vedoucí práce: MUDr. Gabriela Šivicová

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci vypracovala samostatně a výhradně s použitím citovaných pramenů, literatury a dalších odborných zdrojů a že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze, dne 19. dubna 2016

.....

Sandra Tomečková

Poděkování:

Tímto bych ráda poděkovala MUDr. Gabriele Šivicové za velmi vstřícný přístup, poskytnutí cenných rad a vedení této bakalářské práce.

Abstrakt

Tato bakalářská práce se zabývá psychickými aspekty bolesti hlavy a snaží se je postihnout ze všech úhlů, které mohou pacientovi trpícímu těmito obtížemi zasáhnout jak do záchvatů bolesti, tak do života. V literárně přehledové části, která je rozdělena do několika částí se věnuji nejprve charakteristice bolestí hlavy a jejich rozdělení, které slouží jako teoreticko-neurologické pozadí pro další kapitoly, věnující se už zmíněným psychologickým aspektům, které jsou stěžejní pro celou práci. Psychologické aspekty se práce snaží zachytit jakožto možné faktory vyvolávající, případně mající vliv na vyvolání bolestí hlavy; doprovodné psychické jevy, se kterými se pacient může potýkat při samotném záchvatu bolesti a jako psychologické důsledky tohoto zdravotního problému. Poslední kapitola stojící mimo koncept, avšak značně související s tématem, se věnuje komorbiditám psychiatrických poruch s migrénou. V empirické části je předložen návrh výzkumného projektu zabývající se korelací osobnostních vlastností a bolestmi hlavy.

Klíčová slova

Bolesti hlavy, migréna, bolest, osobnostní vlastnosti, stres, psychiatrické poruchy, kvalita života, psychosomatika

Abstract

This thesis focuses on the psychological aspects of headaches from different perspectives which can affect patient's life. The theoretical part is divided into several chapters. The first one is devoted to the characteristics of different types of headaches and serves as a theoretical-neurologic background for the following chapters focused on the psychological aspects as mentioned. Next chapters are a mainstay of the thesis that deal with the psychological aspects as possible symptoms of headaches; accompanying psychological phenomenas which patient may face while having a pain attack and also psychological consequences of this health problem. The last chapter is dedicated to the co-morbidity of psychiatric disorders with migraine. In the empirical part a research project exploring the correlation of personality traits and headaches is presented.

Keywords

Headache, migraine, pain, personality traits, stress, psychiatric disorders, quality of life, psychosomatic

OBSAH

ÚVOD	8
LITERÁRNĚ PŘEHLEDOVÁ ČÁST	10
1 BOLEST.....	11
1.1 Bolesti hlavy a jejich charakteristika.....	12
1.1.1 Primární bolesti hlavy.....	12
1.1.1.1 Migréna	13
1.1.1.2 Tenzní bolesti hlavy	14
1.1.1.3 Trigemínové autonomní cephalalgie	15
1.1.1.4 Jiné primární bolesti hlavy	17
1.1.2 Sekundární bolesti hlavy	17
1.2 Shrnutí vybraných poznatků o bolestech hlavy	18
2 PSYCHOLOGICKÉ FAKTORY OVLIVŇUJÍCÍ BOLESTI HLAVY.....	19
2.1 Potencionální psychologické spouštěcí faktory bolestí hlavy	19
2.1.1 Emoční spouštěče	20
2.1.2 Osobnostní rysy	22
2.1.3 Věkové a genderové rozdíly	26
2.1.4 Životní styl	27
2.1.5 Senzorické podněty	29
2.1.6 Shrnutí	29
3 PSYCHOLOGICKÉ DOPROVODNÉ JEVY PŘI ZÁCHVATECH BOLESTÍ HLAVY	31
4 DŮSLEDKY BOLESTÍ HLAVY A JEJICH PSYCHOLOGICKÉ ASPEKTY	33
5 KOMORBIDITA BOLESTÍ HLAVY A PSYCHICKÝCH PORUCH	38
EMPIRICKÁ ČÁST.....	41
1 NÁVRH PROJEKTU VÝZKUMU	42
1.1 Metodologie.....	43
1.1.1 Výzkumné metody.....	43
1.1.2 Výzkumný soubor	44
1.1.3 Průběh výzkumu.....	45
1.2 Analýza dat.....	46
DISKUZE.....	47
ZÁVĚR.....	50
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	51
SEZNAM POUŽITÝCH OBRÁZKŮ.....	56
SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK	57

PŘÍLOHA 1	58
-----------------	----

ÚVOD

Bolest hlavy je velmi nepříjemná, avšak v dnešní době, stále častěji vyskytující se záležitost. Podle *WHO* je bolest hlavy tím nejčastějším onemocněním nervového systému a v roce 2012 bylo zaznamenáno až 47% světové populace, která alespoň jedenkrát za rok zažila právě nepříjemné pulsující pocity v hlavě, bušení v okolí spánků a tlak.

V některých případech, kdy se bolest hlavy vhodně neléčí a dostává se do chronického stádia, představuje pro mnoho pacientů velkou překážku jak pro jejich osobní, tak i pracovní život. Nemocní obvykle podřizují zájmy, volný čas a často i práci svému zdravotnímu stavu a spolu s nimi se obvykle musí přizpůsobit i jejich nejbližší. Dostavují se tak mnohdy pocity viny a zároveň i nepochopení ze strany okolí, které má tendenci bolesti hlavy bagatelizovat a podezřívat pacienta ohledně příčin jeho nemoci či vůbec její existenci. Tlak je tedy vyvíjen z obou stran a není proto divu, že k bolestem hlavy se často přidružují i jiné psychické obtíže. Celý koloběh chronických bolestí hlavy je provázen různými emocemi, které jak doprovázejí samotný záchvat bolesti, tak pak i skutečnost, že pacient těmito bolestmi trpí.

Postihnout komplexně problematiku migrén a bolestí hlavy je zajiště nelehký úkol a téměř neexistuje žádná jednotná literatura, která by výhradně popisovala psychologické aspekty spjaté s bolestmi hlavy. Budu proto čerpat převážně z různých zahraničních článků, výzkumů, ale také i z medicínských a psychologických publikací zaměřených na migrénu.

Práce je rozdělena do literárně teoretické části, která se ve své první kapitole věnuje charakteristikám jednotlivých bolestí hlavy, což čtenáři přináší vhled do problematiky jejich symptomů a rozlišení. V následujících kapitolách se zaměřuje již na psychologické aspekty rozdělené na potencionální příčiny, které mohou bolesti hlavy rozpoutat, doprovodné jevy záchvatu bolesti a psychologické dopady, který mohou jednotlivé aspekty mít na pacienta, případně na jeho okolí. Samostatnou kapitolou je pak téma věnující se komorbiditě psychiatrických poruch s bolestmi hlavy převážně podložená zahraničními výzkumy.

V některých případech je velmi obtížné rozlišit jednotlivé aspekty jako příčiny, doprovázející znaky, případně pak následky bolestí hlavy. Mnoho z nich se totiž prolínají a projevují se v každé fázi, a to ať už ve stejné podobě nebo jinak. Jsou také individuální rozdíly mezi pacienty, které musíme brát v potaz, a proto se v této práci pokusím postihnout a shrnout

poznatky týkající se alespoň těch nejvýraznější psychologických aspektů, které zapadají do názvů jednotlivých kapitol.

V empirické části se pak v návaznosti na podloženou teorii a výzkumy z literárně teoretické části, pokusím navrhnout výzkumný projekt zkoumající otázku, jestli lidé trpící bolestmi hlavy mají některé společné osobnostní charakteristiky. Cílem je především ověřit již provedené výzkumy v této oblasti a případně je doplnit o další výsledky.

Pro lepší přehlednost mají v této bakalářské práci některé odstavce vlastní nadepsané názvy, případně jsou v textu zvýrazněné fráze, někdy slova, která jsou pro daný a následující odstavec stěžejním výrazem. Kurzívou jsou uvedeny přímé citace z publikací. Cizí a odborná slova jsou obvykle vysvětlena v poznámkách pod čarou a seznam zkratk s vysvětlivkami se nachází na konci této práce.

LITERÁRNĚ PŘEHLEDOVÁ ČÁST

1 BOLEST

Zážitek bolesti je pro každého jedince signálem určitého ohrožení nebo poškození organismu, ke kterému obvykle vzhlížíme s určitou dávkou pozornosti a strachu. Na začátku každé takové bolesti obvykle stojí nějaký fyziologický proces odehrávající se v našem těle, na který naše nervová tkáň reaguje právě tímto psychickým jevem známým pod pojmem bolest. Někdy se však může jednat pouze o náš pocit, který prožíváme bez návaznosti na určitou patofyziologii, kdy je bolest jakýmsi signálem našeho nepohodlí, může být dokonce námi vsugerovaná nebo nás může bolet něco, co už dávno nemáme, tzv. fantomova bolest¹. Účel bolesti je však jasný, dát našemu tělu znamení, že něco není v pořádku.

Když nervové vzruchy, doputují do míchy a mozku, aby nás informovaly o podráždění, nastává uvědomění si tohoto nepříjemného pocitu, které je pak často doprovázeno emocemi. Knotek (2011, str. 16) mluví o copingu², který je vyvolán právě akutní bolestí a naší snahou ji zpracovat. Výsledky copingu poté tvoří buďto adaptace na bolest, kdy jedinec aktivně vzdoruje a zotaví se nebo také maladaptaci, která může souviset s utrpením a naučenou bolestí. Právě maladaptace může s sebou nést i další psychické projevy, jako je úzkost, zlost až agrese nebo také depresivní chování. Obzvláště u déletrvajících bolestí, popř. u chronických bolestí se pravděpodobnost výskytu těchto projevů zvyšuje. „*Výsledkem selhání copingu je redukce strachu kognitivní deformací³ a vyhybavým chováním. Kognitivní deformace zahrnuje „filtrování“ nepříznivé informace, např. „zavírání očí“, a popírání vážnosti bolestivého stavu, nebo systematické zkreslení zúžkostňující informace o bolesti, tzv. „racionalizací“⁴*“ (Knotek, 2011, str. 19).

¹ *Fantomová bolest* = bolest vztažená k chirurgicky nebo traumaticky odstraněné části lidského těla (In Lejčko, 2001, str.2)

² *Coping* = schopnost člověka vyrovnat se odpovídajícím způsobem s nároky, které jsou na něj kladeny, příp. zvládat nadlimitní zátěže, v našem případě tedy vyrovnávání se s bolestí (In Hartl & Hartlová, 2010, str. 77)

³ *Kognitivní deformace* = předpoklad, že logické chyby v myšlení vznikají zkresleným vnímáním reality a následnými chybami v myšlení (In Hartl & Hartlová, 2010, str. 87)

⁴ *Racionalizace* = realitě neodpovídající rozumové zdůvodnění a ospravedlnění určitého chování, které by jinak bylo nepřipustné

1.1 Bolesti hlavy a jejich charakteristika

Lidé v dnešní době považují bolest hlavy za docela neškodný problém, který se děje tak často, že už se téměř nesnažíme dopátrat po příčinách vzniku. K řešení nám obvykle postačí „zázračná pilulka“ v podobě analgetik nebo často bolest samovolně ztrácí na intenzitě, až úplně přejde. Mnohdy si však ani neuvědomíme, že i taková bolest hlavy může poukazovat na jiné, mnohem závažnější onemocnění organismu, které již vyžaduje péči odborníků. Takovéto případy, které mohou pacienta i vážně ohrozit na životě se nazývají *sekundární bolesti hlavy* (Waberžinek, 2000). Jak sekundárními bolestmi hlavy, tak i těmi primárními, se budu zabývat v následujících kapitolách.

1.1.1 Primární bolesti hlavy

V běžné populaci se můžeme nejčastěji setkat s tzv. primárními bolestmi hlavy, které se od těch sekundárních liší tím, že u nich není žádná prokazatelná příčina. Mastík (2010, str. 152) upřesňuje, že u primárních bolestí nenacházíme žádnou strukturální lézi⁵ ani organické poškození mozku nebo hlavy. Lékaři je tedy nejsou schopni odhalit ani vyšetřovacími metodami jako je CT nebo magnetická rezonance, které umožňují docela přesné zobrazení orgánů lidského těla, jelikož jsou negativní. Proto je u těchto bolestí hlavy nejdůležitější důkladná anamnéza. Kromě organických podkladů můžeme primární bolesti hlavy rozpoznat od těch sekundárních také stereotypními epizodami bolesti, které se opakují a většinou jsou nám u nich známé tzv. provokační faktory, které mohou bolest hlavy vyvolat.

Dle třetí, nejnovější klasifikace International Headache Society (IHS) vydanou v její prozatímní, tedy ne ještě finální⁶ beta verzi, můžeme do primárních bolestí hlavy řadit tyto diagnózy:

1	Migraine (migréna)
---	------------------------------

⁵ *Léze* = poškození poškození, porucha orgánu či tkáně, které má za následek narušenou funkci v důsledku chorobného procesu nebo úrazu (Velký lékařský slovník online, 2008)

⁶ Pro uveřejnění beta verze ještě před finální verzí se International Headache Society, jak sami uvádí, rozhodli především z důvodu synchronizace ICHD-3 s MKN - Mezinárodní klasifikací nemocí (vydanou WHO - Světovou zdravotnickou organizací), která projde v roce 2017 svou 11. revizí

2	Tension-type headache (tenzní bolesti hlavy)
3	Trigeminal autonomic cephalalgias (trigeminové autonomní cefalalgie)
4	Other primary headache disorders (jiné primární bolesti hlavy)

Přičemž nejčastěji vyskytované jsou v naší populaci právě první dvě diagnózy, tedy migréna a tenzní bolesti hlavy. Trigeminální autonomní cefalalgie a jiné bolesti hlavy jsou poměrně vzácné a při diagnózách primárních bolestí hlavy mohou být i opomíjeny. Často totiž souvisí s jiným onemocněním a v některých případech se tedy řadí mezi sekundární bolesti hlavy. Další primární bolesti jsou poté velmi rozsáhlým výčtem diagnóz, do kterých spadají například bolesti hlavy spojené se sexuální aktivitou, cvičením nebo třeba také s kašlem.

1.1.1.1 Migréna

V dnešní době se rozmohl trend chybně nazývat jakoukoliv větší bolest hlavy migrénou. Jak upozorňuje Manson (2011, str. 29), pouze 15% z větších a opakujících se bolestí jsou pravými migrénami, přičemž tento rozdíl dokáží lidé trpící migrénou zcela přesně určit i přes velmi tenkou hranici, která odlišuje běžnou bolest hlavy od migrény. Zajímavostí je, že výskyt migrény je podle studií více než dvakrát vyšší u žen, oproti mužům. (Peterová et. al., 2013, str. 23)

Migréna je popisována jako střední až velmi silná záchvatovitá bolest hlavy pulsujícího charakteru, která se projevuje většinou hemikranií⁷. „Zhruba 60 procent postižených pociťuje, při nejmenším na počátku záchvatu, bolest na jedné straně hlavy. Někdy se bolest přemístí na druhou stranu ještě během záchvatu, v jiných případech se strany nepravidelně střídají od záchvatu k záchvatu“ (Taubert, 2007, str. 19). Těmi nejčastěji bolavými místy, kde se bolest vyskytuje, je přitom čelo, spánky, oblast okolo oka a šíje.

⁷ Hemikranie = bolesti jen v jedné polovině hlavy (In Hartl & Hartlová, 2010, str. 176)

Migréna s sebou kromě intenzivní bolesti hlavy přináší i další vegetativní příznaky, jimiž jsou například nevolnost, často provázena i zvracením, přecitlivělost vůči hluku, světlu nebo také jakékoli fyzické zátěži, která bolest umocňuje (Mastík, 2007, str. 11). Kromě těchto symptomů se může před migrenózním záchvatem objevit tzv. aura, což je určitý neurologický příznak, na který obvykle navazují bolesti hlavy. Auru bychom mohli chápat jako jakýsi varovný signál, který nás upozorní na blížící se záchvat migrény. Dle přítomnosti těchto signálů můžeme rozlišit dva typy migrény – migréna bez aury a migréna s aurou. Migrénou, které předchází aura, trpí podle různých zdrojů od 4 do 20 procent migreniků, přičemž jejich aura může mít různé podoby a trvá zhruba od 5 do 20 minut. Pacienti nejčastěji popisují zrakovou auru, kdy mají rozmazané vidění, zúžené zorné pole nebo tzv. skotomy (tmavé „slepé“ skvrny s nepravidelnými okraji - jakýsi výpadek v našem zorném poli). Méně časté už jsou potom jiné senzitivní příznaky, jako např. mravenčení, brnění někdy až téměř necitlivost rukou či obličeje (Mastík, 2010, str. 153).

Migrenózní záchvaty mají svůj specifický průběh, avšak stále nejasnou příčinu. Dle Peterové et al. (2013, str. 49) je migréna multifaktoriální postižení, na kterém se podílejí působení jak vnitřních, tak i vnějších faktorů. Nemalou roli zde hraje genetika a také i psychosomatika. Některé z příčin a také z prodromálních příznaků⁸ jsou popsány v další kapitole.

1.1.1.2 Tenzní bolesti hlavy

Bezpochyby nejrozšířenější bolestí hlavy je tenzní bolest hlavy. IHS uvádí, že dle různých výzkumů může postihovat až 78% světové populace a ačkoliv je tento typ bolesti jedním z nejrozšířenějších, je bohužel také jeden z nejméně studovaných, nejen kvůli své „každodennosti“, ale také třeba i kvůli zdánlivé neškodnosti. Tenzní bolest hlavy, neboli také tenzní cefalea, jak se bolesti hlavy říká, se vyznačuje tupou, tlakovou bolestí hlavy, která je většinou střední intenzity. Pacienti často popisují svíravý pocit, jakoby je tlačila čelenka nebo měli kolem své hlavy opásanou věc, která je svírá. Zhruba u poloviny pacientů trpících tímto typem bolesti bývá zjištěno i zvýšené napětí, tenze, svalů v oblasti šíje a lebky. Vztah aktivity těchto svalů s intenzitou bolesti však nikdy nebyl dostatečně prokázán. Keller (2008) uvádí, že svalové napětí může být příčinou bolesti hlavy z důvodu přetížení těchto svalů, např. při

⁸ *Prodromální příznak* – varovný příznak, předcházející, vyskytující se před symptomy typickými pro určitou chorobu, v našem případě tedy typickými pro migrénu (In Hartl & Hartlová, 2010, str. 445)

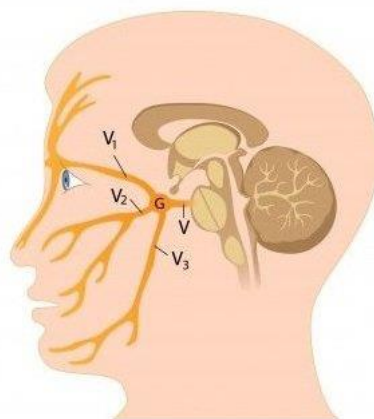
špatném držení těla nebo je jen jakousi reakcí na bolest. V těchto oblastech šíje se totiž velmi často nacházejí spouštěcí zóny bolesti.

Jeden ze znaků, kterým se tenzní cefalea liší od migrény, je její lokace, která je spíše oboustranná, tedy postihuje obě dvě poloviny hlavy. Nástup této bolesti je pozvolný a intenzita se během záchvatu bolesti stupňuje. Peterová (2013, str. 63) tvrdí, že tenzní bolesti jsou nejsilnější v odpoledních hodinách, přičemž trvají obvykle půl hodiny až i několik dní. Bolest je utišitelná běžně dostupnými analgetiky, tudíž obvykle nebrání v pokračování běžné činnosti. Pacienti mohou pociťovat únavu nebo mají potíže s koncentrací, avšak pouze vzácně bývá tenzní cefalea doprovázena jinými příznaky, jako např. nevolností či zvracením.

Tenzní cefalea postihuje stejně často muže jako ženy a může se objevit v jakémkoli věku. Nejčastěji se však tento typ bolestí hlavy vyskytuje ve věkovém období mezi 20. a 50. rokem. Frekvence bolesti nebývá tolik častá a většinou se jedná o pár dní v měsíci, avšak můžeme se setkat také s chronickou formou tenzní bolesti, kdy se cefalea vyskytuje více než polovinu dní v měsíci, tedy 15 a více (Marková, 2006).

1.1.1.3 Trigemínové autonomní cefalalgie

Trigemínové autonomní cefalalgie (TAC), v některých českých zdrojích se můžeme také setkat s názvem neuralgie trojklaného nervu, zahrnuje ještě další specifické bolesti, které se odvíjí dle postižené části právě tohoto nervu. „Trojklaný nerv zajišťuje citlivost obličeje. Jak naznačuje jeho jméno, skládá se ze tří větví. Každá z těchto větví inervuje určitou oblast. Jedna větev se nachází v jeho horní části a směřuje k čelu, další vede k dolní čelisti, třetí pak do oblasti nosu, k horní čelisti“ (Manson, 2011, str. 37).



Obrázek 1 - Trojklanný nerv⁹

Co mají tyto specifické bolesti některé části trojklaného hlavového nervu společné, je výsadně jednostranná bolest, vyskytující se vždy na levé nebo na pravé polovině. Podle Dr. Matharu z londýnského institutu neurologie jsou tyto neuralgie považovány za jedny z nejvíce bolestivých stavů vůbec. Prudká, palčivá bolest, která přichází v záchvatech, se dá přirovnat k elektrickým výbojům či bodání nožem a obvykle člověka zneschopní klidně až na několik dní. Je přitom doprovázena dalšími příznaky jako je slzení oka, začervenání oční spojivky, ucpané nosní dutiny nebo sekret z nosu. Záchvaty se objevují v periodách (Marková, 2014).

Cluster Headache

Mezi nejčastěji vyskytovanou neuralgií trojklaného hlavového nervu, která z dosud nevysvětlitelných důvodů postihuje třikrát více mužů než ženy, bychom mohli zařadit cluster headache. Cluster znamená v angličtině shluk, shromáždění nebo také nakupení. „*Může to odpovídat lokalizaci bolesti, nakupené vždy kolem jednoho oka, nebo nakupení záchvatů bolesti v čase, které označujeme jako perioda*“ (Marková, 2014). Tato perioda obvykle nastává jednou či dvakrát do roka, kdy patnácti minutové až tří hodinové ataky bolesti přicházejí po dobu několika týdnů vždy ob den, popř. každý den. Po této několika týdenní periodě nastává obvykle období klidu, remise, kdy příznaky bolesti hlavy vymizí do doby další periody. V případech chronické formy nemoci, kterou trpí zhruba 10-15% pacientů s cluster headache, období remise vůbec nenastává nebo pouze po dobu kratší než jeden měsíc. (ICHD-III-beta, 2013)

Jak už bylo zmíněno v předchozím odstavci, velmi silná a nepříjemná bolest cluster headache se vyskytuje především v oblasti oka. I přes nejasný původ či příčiny se předpokládá, že se na bolesti podílí první větve trojklaného hlavového nervu, tedy oftalmická část¹⁰ (Marková, 2014).

Paroxysmální hemikranie a další trigeminové autonomní cefalalgie

Paroxysmální hemikranie, volně přeloženo jako záchvatovitá bolest poloviny hlavy, má velmi podobný charakter a projevy jako cluster headache. Odlišuje ji však především vyšší frekvence – zhruba pětikrát a vícekrát za den, a kratší trvání jednotlivých bolestivých záchvatů, které trvají od dvou do třiceti minut (ICHD-III-beta, 2013). Není zde také prokázána větší

⁹ Převzato z (Vilímovský, 2013, dostupné na: <http://sk.medlicker.com/593-neuralgia-trojklanneho-nervu-priciny-priznaky-diagnostika-a-liecba>)

¹⁰ Na obrázku ze strany 15 označený jako popisek V1.

prevalence nemoci u mužů, někteří autoři dokonce uvádějí častější výskyt paroxysmální hemikranie u žen.

Mezi další neuralgie trigeminu bychom mohli zařadit krátce trvající **neuralgiformní bolesti hlavy**, které jsou ještě více frekventované než paroxysmální hemikranie. Krátké série bodavé bolesti trvající pár sekund se objevují po dobu několika minut, přičemž těchto sérií může být až 200 za den. Tyto bolesti si pacienti často mohou vyvolat stiskem tzv. trigger zón, neboli spouštěcích zón, které bývají většinou v oblasti obličeje nebo ve vlasech. Bolest tedy může přijít při česání či mytí vlasů, čištění zubů neb třeba také při jídle (Marková, 2014).

Poslední z trigeminových autonomních cefalalgíí je **hemicrania continua**, která se naopak vyznačuje sériemi kontinuální bolesti objevující se několikrát denně. Kromě již zmiňovaných doprovodných příznaků společných pro všechny neuralgie trigeminu se u ní mohou objevit i příznaky typické pro migrénu. Oba tyto typy - krátce trvající neuralgiformní bolesti hlavy i hemicrania continua, jsou však velmi vzácně vyskytované bolesti, proto jsou uvedeny pouze okrajově.

1.1.1.4 Jiné primární bolesti hlavy

Mezi poslední dělení primárních bolestí hlavy podle IHS by se dalo zařadit deset diagnóz, které jsou klinicky heterogenní. Mohou to být například bolesti hlavy, které vznikají při kašli, během/po fyzicky namáhavé aktivitě, během spánku, nebo také bolesti hlavy vzniklé během sexuální aktivity, nastupující při orgasmu, případně před ním. Dále se sem řadí i bolesti hlavy vznikající z chladného podnětu nebo zevního tlaku a další krátce trvající bodavé či prudce až explozivně nastupující bolest hlavy, tzv. thunderclap headache.

1.1.2 Sekundární bolesti hlavy

Podle American Headache Society mají sekundární bolesti hlavy rozmanité příčiny, které jsou většinou dobře patrné z pacientovy anamnézy a dalších medicínských vyšetření, tudíž je nám příčina, která mimo jiné působí i bolest hlavy, většinou známá. Často to bývají těžké hypertenze, různé infekce v oblasti hlavy a krku, záněty vedlejších nosních dutin a meningitidy, poranění hlavy, a v podstatě cokoliv, co zabírá prostor uvnitř hlavy, může způsobit její bolesti, včetně různých nádorů a krvácení. „*Sekundární bolesti hlavy se týkají téměř všech odborností,*

zvláště pak těch, které se zabývají oblastí hlavy a krční páteře, např. neurologie, oftalmologie, stomatologie, ortopedie, interna, aj. “ (Waberžinek, 2000, str. 12).

Mastík (2010, str. 209) hovoří o tzv. red flags, neboli o projevech, podle kterých sice sekundární bolesti hlavy nemůžeme spolehlivě rozpoznat, avšak je třeba je brát jako varovné příznaky, které na ně mohou poukazovat. Např. silná intenzivní bolest objevující se ve věku nad 50 let, které obvykle předchází nějaká tělesná námaha – fyzická či sexuální aktivita. Hlavním ukazatelem pro nás však může být bolest, která se vyskytne po úrazu hlavy a přetrvává i přes léčbu analgetiky. Takové bolesti hlavy je třeba prokonzultovat s lékařem a podrobit se diagnostickým vyšetřením.

1.2 Shrnutí vybraných poznatků o bolestech hlavy

Jelikož tento výčet bolestí hlavy rozhodně není kompletní, nedá se na něj spolehnout jakožto na dokument, dle kterého bychom jednotlivé nemoci mohli diagnostikovat. Pro naše účely popsat zásadní rozdíly mezi jednotlivými bolestmi hlavy však postačí.

Mnohdy i samotné rozlišení různých typů cefaley činí obtíže jak pacientům, tak i lékařům. Často to bývá nejen kvůli dosud nevyjasněné etiologii a patogenezi jednotlivých bolestí, ale také z důvodu možnosti současného výskytu více typů bolestí hlavy. Např. migrenici mohou trpět i tenzními bolestmi hlavy, tak samo jako pacienta trpící hemikranií může postihnout migréna. Proto je důležité vést si deník se záznamy o potížích a vyhledat lékaře, který by měl pomoci s následnou léčbou a především vyloučit možnost sekundárních bolestí hlavy způsobených jinou patologií.

Často lidé trpící bolestmi hlavy nevyhledávají pomoc žádného lékaře kvůli zdánlivé banalitě obtíží. Jelikož u migreniků nebo i jiných bolestí hlavy probíhají mezi záchvaty tzv. období klidu, kdy pacienti nemají žádné potíže, může i toto být jeden z prvků, který ovlivňuje fakt, že v České republice praktického lékaře vyhledá pouze malá část migreniků bez ohledu na závažnost bolestí hlavy a na to, jaký má jejich bolest hlavy dopad na jejich život (Peterová et al., 2013, str. 23-24).

2 PSYCHOLOGICKÉ FAKTORY OVLIVŇUJÍCÍ BOLESTI HLAVY

Autoři knihy o psychosomatické péči tvrdí, že „*naprostá většina (více než 90%) všech pacientů s bolestmi hlavy trpí psychogenními¹¹ bolestmi hlavy*“ (Tress, Krusse, & Ott, 2008, str. 188). Mezi pacienty, stejně tak jako mezi lékaři, však panuje velký rozpor ohledně toho, jestli se dá i migréna považovat za psychosomatické onemocnění a mnozí z nich se snaží pátrat po jiných, fyziologických příčinách. Skupina vědců z neuropsychologického oddělení Plymouthské univerzity ve svém článku Behavioural management of migraine (2012) zdůrazňuje, že záchvaty migrény jsou původu biologického, ne psychologického. Připouští sice, že často právě psychologické faktory mohou ovlivnit vznik, průběh nebo dopad bolesti, a tedy spolu s dalšími vnějšími a vnitřními prvky riziko migrény zvyšují, avšak nejsou příčinou vzniku tohoto onemocnění. Sacks (2012, str. 212) tvrdí: „*jen u několika málo pacientů je možné odhalit význam určitých fyziologických podnětů (například hormonální lék, návykové pití alkoholu, citlivost na teplotu, atd.) a vyloučit je se zdárnými výsledky. Avšak poznenáhlu dojde k tomu, že velká většina pacientů s nepřetržitými vytrvalými migrénami není obětí těchto fyziologických podnětů nebo citlivostí, nýbrž že jsou lapeni v nějaké zhoubné emoční bezvýhodné situaci, a to je onu hnací silou v pozadí migrén*“. Toto tvrzení sice dává za pravdu teorii, že u mnoha migreniků lze vysledovat psychologické podněty, které mohou vyvolat záchvat migrény, avšak autor hovoří o jakési „hnací síle“, tedy ne nutně příčině. A proto bychom migrénu měli charakterizovat vždy ze třech různých úhlů pohledu, a to jak toho neurofyziologického, behaviorálního, tak i psychologického.

2.1 Potencionální psychologické spouštěcí faktory bolestí hlavy

Jak již bylo zmíněno, migréna a některé ostatní bolesti hlavy jsou multifaktorovým onemocněním, u kterých můžeme předpokládat vliv mnoha aspektů podílejících se na vzniku či prevalenci k určitým bolestem hlavy. Většina pacientů léčených s bolestmi hlavy dovede vyjmenovat alespoň jeden a více faktorů, které u nich bolest vyvolá. Dobře se tyto faktory dají

¹¹ *Psychogenní* – psychikou podmíněný, způsobený psychickými nebo emocionálními činiteli, v protikladu k organickým neboli tělesným činitelům (In Hartl & Hartlová, 2010, str. 463)

individuálně určit u migrenózních záchvatů, jelikož tam se tyto „spouštěče“ většinou spolehlivě opakují, na rozdíl od běžných bolestí hlavy u kterých je často příčina nevysledovatelná.

Podle Mastíka (2007, str. 17) je působení těchto spouštěcích faktorů velmi individuální. U některých pacientů stačí i nepatrné množství faktoru, které vyvolá záchvat, kdežto u jiných je zapotřebí působení v určitém prahovém množství, popř. více faktorů naráz.

„Záchvaty migrény mohou být vyvolány náhlými emocemi nebo mohou souviset se způsobem vedení života a se stresem či s osobností toho kterého jedince, často vyvolávají dojem, že migréna je „funkční“ nebo „psychosomatická“ – to je však výrazem nepochopení faktu, že fenomén migrény je mimořádně specifický a musí mít stejně tak specifický mechanismus a základ“ (Sacks, 2012, str. 316). Je tedy důležité vyjádřit, že migréna není psychické onemocnění. Psychické faktory však mohou mít na vznik těchto potíží vliv. Stejně tak o psychogenních aspektech můžeme při vyloučení somatických vlivů, uvažovat především u bolestí hlavy způsobené napětím, vaskulární bolestí hlavy, či bolestí hlavy spojenou se zažívacími potížemi (Faleide, Lian, & Faleide, 2010).

Některým z těchto psychogenních faktorů, které hrají roli nejen při záchvatech migrény, ale především mohou také způsobovat zmíněné bolesti hlavy, bych se však ráda v jeho jednodušší formě, tedy bez zasazení do specifických mechanismů, věnovala v následujících subkapitolách.

2.1.1 Emoční spouštěče

Poháněčem bolestí hlavy často bývá silný **emoční stres**. Kriticky obtížné životní situace fungují jako spouštěč v tomto případě psychosomatického onemocnění, které trefně vyjádřil Borges jako „zřejmá zoufalství a skryté úlevy“ (In Sacks, 2012, str. 221). Tedy podle definice Hartla a Hartlové (2010, str. 476), kdy je psychosomatické onemocnění popsáno jako onemocnění týkající se tělesných příznaků psychického a emočního původu je „zřejmým zoufalstvím“ právě tělesný projev, v našem případě bolest hlavy¹² a „skrytá úleva“ jako úleva psychickým, případně emočním příčinám tohoto problému. Deutsch (In Sacks, 2012, str. 275) v souvislosti se záchvaty migrény a emocemi tvrdí, že *„funkční onemocnění je dostupné*

¹² Danzer (2001, str. 190) zvažuje možnosti, proč zrovna tyto emoční a osobnostní obtíže se projevují zrovna bolestí hlavy a ne třeba bolestí končetin a velký význam přiřazuje blízkosti hlavy k „já“, jakožto centru, kde „já“ sídlí.

každému z nás coby věčná alternativa k nesnesitelným pocitům“, a tedy záchvaty migrény jako alternativa k nesnesitelným emocím.

Řada úsloví o tom, že si člověk „dělá z něčeho hlavu“, případně, že mu „z toho praskne hlava“ rozhodně nejsou používána bez dokladu. Tato úsloví vyjadřují provázanost napětí, které právě bolesti hlavy způsobuje nejčastěji. Toto **napětí** může vyvolat např. používání brýlí či kontaktních čoček, které nutí svého uživatele být neustále soustředěn, avšak příčiny mohou být i psychického rázu. Napětí v nás často vyvolává stres, různé úzkosti a depresivní stavy. Německý výzkum, který provedl Huber a Henrich v roce 2003 se zabýval osobnostními rysy a především citlivostí ke stresu u pacientů trpících migrénou. Tu měřili za pomoci speciálních dotazníků týkajících se stresových situací a copingových strategií, doplněný o dotazník MMPI. Výsledky potvrdily, že ačkoli migrenici ve srovnání s kontrolní skupinou nemají více denního stresu, v reakci na stres se u nich objevují častější a hlubší pocity deprese a úzkosti, reagovali na zátěžové situace zvýšeným neklidem a pocity, že jsou nemocní a měli větší obtíže se uvolnit (Behavioral Medicine, 2003).

Pokud pacient reaguje na stres bolestí hlavy, je třeba odhalit jeho příčinu, obzvláště pak v pubertě, která je v rámci nejen hormonálních životních změn obdobím silných emocí plných nervozity a emoční nevyrovnanosti. Toto vše může samozřejmě vést právě ke stresu, který může být v případě predikovaných dospívajících jedním ze spouštěčů bolestí hlavy (Tress, Kruse, & Ott, 2008; Manson 2011).

Podle Poněšického (2002, str. 70) bývají nejčastějšími původci stresu různé psychosociální souvislosti, vyvolané problémovými vztahy nejen v osobním, ale i v pracovním životě. Dále to bývá úzkost způsobená tlakem na výkonnost či úzkost vyvolaná při styku s autoritou, publikem, atd.. Při hlubinnějším uvažování autor zmiňuje i napětí a stres v důsledku zvědomování sexuálních a erotických impulzů v dospívání, které jsou však zároveň potlačovány a spolu s hormonálními změnami, které mají v období puberty velký vliv, mohou způsobovat bolesti hlavy či migrénu.

Nejen stres však může fungovat jako spouštěč bolesti hlavy, případně záchvatu migrény. Sacks (2012) mluví o emočních spouštěcích v podobě „**kinetických**“ **emocí**, které dráždí organismus a vyvolávají v člověku nějakou reakci, která vede k jednání. Toto jednání může být jak pozitivní, jako třeba smích, tak i negativní, jako je například boj. Nezáleží tedy na charakteru emoce, ale především na její intenzitě a náhlosti. Nejčastěji totiž autor uvádí jako spouštěče

náhly vztek či nečekanou radost. U mladších pacientů může stejně zafungovat i zděšení, případně pak psychologické a fyziologické vzrušení po intenzivním cvičení.

Emočních pozadí bolestí hlavy může být samo sebou ještě více. V souvislosti s mechanismy migrény bychom mohli podle Sackse (2012, str. 271) odlišit migrény „okolnostní“ od „situačních“. „Okolnostní migrény“ bývají většinou vyprovokovány nějakým intenzivním vzrušením, například radostí, sexuálním vzrušením nebo i vztekem, hrůzou. V popisu „situační migrény“ zabíhá autor do analytičtějšího vysvětlení a přisuzuje vyvolání těchto záchvatů spíše dlouhodobějším působením různých potlačených puzení a potřeb na nevědomé úrovni, jejichž projevení v přímé či adekvátní podobě bylo pacientovi odepřeno. Mluvíme o sexuálním puzení, sadistických/masochistických potřebách a dalších emočních nutkání. Tím se liší od „okolnostní migrény“, která je spíše jakousi reakcí na emoce.

Jelikož se emoce nedají takto vytrhnout z kontextu a popisovat jako samostatná kapitola, budu se o nich dále zmiňovat v následující kapitole věnující se osobnostním rysům a vlastnostem pacientů trpících bolestmi hlavy a migrénami.

2.1.2 Osobnostní rysy

V dnešní době se můžeme setkat s mnohými spornými pohledy na existenci určitých osobnostních charakteristik, které jsou spojeny s náchylností k bolestem hlavy. Hlavním důvodem, proč tuto hypotézu někteří autoři nezvažují a tudíž ve svých publikacích ani nezmiňují, jsou především vědecky podložená fakta o komorbiditách psychických poruch s bolestmi hlavy. Někteří autoři, kteří se však ve své praxi věnují spíše psychosomatické péči, zmiňují různé případové studie, na kterých popisují jednotlivé znaky a rysy, které vykazují osobnosti pacientů trpících bolestmi hlavy a migrénou.

Manson (2011, str. 47) podává docela striktní názor, že není možné poskytnout obraz „člověka migrenika“ v psychologickém smyslu a že nelze vykonstruovat typ migrenika už jen vzhledem k různým typům migrény. Toto tvrzení může být pravdivé, nicméně i přesto si myslím, že je možné na základě některých výzkumů (viz. níže) odhalit psychologické rysy, které ve větší míře korelují s některými typy bolestí hlavy ve srovnání s běžnou populací.

Sacks (2012) shrnuje poznatky autorů, kteří se v polovině 20. století snažili vystihnout **konstituční rysy** migrenózních pacientů. Hojně bylo uváděno štíhlejší menší tělo křehkého

vzezření a snaha byla také zařadit migreniky do Pavlovovy typologie temperamentu dle vlastností nervových procesů, kdy autoři na základě nevelkého vzorku pacientů rozdělili migreniky na ty silně vzrušivé typy a na slabé inhibiční typy. Dnes je tendence se těmto rozdělením vyhnout a zkoumat spíše osobnostní rysy, kde se migrenózní osobnost přirovnává k osobnosti neurotické.

„K bolesti hlavy z napětí z neurotických příčin patří vnější a/nebo vnitřní výkonnostní konflikt. V tomto případě lze nalézt nadměrné nároky na duchovní majetek a obrovská očekávání ve vztahu k úspěchům a uznání. U pacientů s bolestí hlavy je nápadný perfekcionismus a nadměrná úroveň nároků“ (Danzer, 2001, str. 186). Právě na perfekcionismu, vysokých ambicích a zároveň kladených nároků, ctižádosti a disciplíny, a také sklonům k urážlivosti se shoduje většina autorů jako o **psychologických a osobnostních rysech** pacientů trpících migrénou a bolestí hlavy. Tyto všechny rysy, ačkoli jsou pouze lékaři odpozorovanými vlastnostmi jejich pacientů, v podstatě částečně korelují s neuroticismem, který se v jednotlivých výzkumech potvrzuje.

Lidé s vysokým **neuroticismem**, tedy emočně labilnější, prožívají silně negativní emoce. Což v podstatě navazuje na popis pacientů trpících bolestmi hlavy a migrénami jako osoby přecitlivělé vůči silnému emočnímu stresu. Neurotici obvykle bývají plni napětí, úzkosti, sebelítosti a jsou velmi zranitelní. Charakterizuje je citlivost vůči kritice a malé sebevědomí. Podle Ayersové (2015 str. 42) se u lidí s vyšším neuroticismem může projevovat více somatických symptomů a mohou být náchylnější k duševním poruchám. Otázkou však zůstává, jestli tomu tak je v důsledku neuroticismu, případně v důsledku jednotlivých složek neuroticismu jako je hostilita, úzkosti, pocity viny, atd..

Už výsledky pětileté studie z roku 1996 v USA, která tehdy zkoumala s pomocí osobnostního Eysenckova dotazníku EPQ¹³ souvislost mezi migrénou a neuroticismem, potvrdily předpokládanou příčinnou souvislost. Tedy, že neuroticismus je jedním z rizikových faktorů pro vznik záchvatu migrény, především u mladých žen. Přičemž ženy, které skórovali v neuroticismu více, měly téměř třikrát větší pravděpodobnost vzniku migrény, ve srovnání s těmi, které skórovaly nízko (Neurology, 1996).

Výzkumů, které se od té doby věnovaly korelaci neuroticismu a migrény je celá řada a většinou pro svůj výzkum používají různé varianty osobnostních dotazníků, případně pak i

¹³ EPQ – psychodiagnostický nástroj založen na pěti vlastnostech temperamentu

dotazníků týkajících se hodnocení úrovně bolesti hlavy. Například v Číně proběhlá studie z roku 2002 se zaměřila nejen na pacienty s migrénou, ale zahrnuli do výzkumu i pacienty trpící tenzními bolestmi hlavy, k čemuž se některé výzkumy v důsledku zjednodušení své studie nedostaly. K prokázání souvislostí použili ne tak známý pětifaktorový dotazník ZKPQ Zuckerman-Kuhlman's Personality Questionnaire¹⁴ a také dotazník PVP měřící příznaky deprese, který dali vyplnit nejen pacientům trpícím bolestmi hlavy, ale také kontrolní skupině projevující se bez těchto obtíží. Ve srovnání s těmito kontrolními skupinami vykazovaly skupiny trpící tenzními bolestmi hlavy a migrénou bez aury významně větší skóre u položek hodnotící neuroticismus-úzkostnost. Kromě toho zaznamenali také vyšší skóre agrese-hostility u skupiny migreniků bez aury (Psychopathology, 2002).

Pětifaktorový model dotazníku využila ve své studii také skupina vědců z Íránu, kteří v roce 2014 provedli studii pacientů trpících migrénou za pomoci dotazníku NEO-PI, zkoumajícího obdobných 5 znaků jako ZKPQ, avšak jinak pojmenovaných – neuroticismus, extraverci, otevřenost, přívětivost a svědomitost. Tuto studii zmiňují především proto, že byla vůbec první, která pro svůj výzkum využila dotazník NEO-PI a ve výsledcích se neprokázala korelace neuroticismu s migrénou (International Journal of Body, Mind & Culture, 2014).

Vedle mnoha výzkumů jsou však i takoví autoři, kteří se pouštějí do hlubší analýzy potencionálních spouštěčů záchvatů migrén a bolestí hlavy. V knize autorů Tresse, Krussea a Otta (2008, str. 188), jsou zmíněny spouštěče záchvatu migrény v souvislosti **psychodynamických konfliktů** vyplývajících z „*obrany před úzkostí a pocitu viny při latentně agresivních přáních a vysokých požadavcích na výkonnost a urážlivost*“, což v podstatě kombinuje již zmíněné znaky a slučuje je do jakési dynamické struktury osobnosti.

Sacks (2012, str. 267) ve svém analytickém rozboru rozděluje některé opakující se typy pravidelných migrénových záchvatů podle jejich úlohy pro pacienta a přiřazuje k nim v návaznosti na některé tehdejší autory a na své vlastní poznatky i určité typy osobností a také doprovodné emoce, které často stojí v roli spouštěče. Tyto typy záchvatů však mají obvykle pro pacienta konkrétní, často pak skrytý, význam a je spíše úkolem terapeuta odhalit, co migréna představuje.

¹⁴ Tento pětifaktorový dotazník měří, neuroticismus – úzkostnost, agresivitu – hostilitu, sociabilitu, aktivitu a vyhledávání zážitků.

„**Migréna zotavující**“, jakožto ta, která následuje v reakci např. na nadměrnou aktivitu, kdy obvykle dochází v rámci vyčerpání i k záchvatu migrény, se podobá analogii ve spánku a vyskytuje se převážně u obsedantních a puzených osobností. Poněšický (2002, str. 72) popisuje podobný typ migrenika který v důsledku nenaplněných přání po uznání a lásce spolu s emocemi, které tyto nenaplněné tužby provází, se uchyluje k neustálé aktivitě a činnosti, kdy pouze záchvat migrény může být příležitost k uchýlení se do ústraní a odpočinku. „*S možností nechat se obsluhovat, je tím dosaženo aspoň jistého ohledu a respektu k vlastní osobě*“.

Oproti zotavujícím záchvatům, které probíhají o samotě v soukromí, a proto mají podobu spánku, „**návratné migrény**“ nabývají spíše podob nemoci, volání o pomoc a potřebu závislosti. Nežřídko jsou takoví pacienti hypochondričtí a náchylní k nemocem. Jak sám autor píše: „*Uvažujeme tu o jisté shovívavosti, patologickém vítání těchto záchvatů, jež přicházejí stále častěji, takže pacient postupně sklouzává do nemoci jako způsobu života*“ (Sacks, 2012, str. 268). „**Shrnujícími migrénami**“ bychom mohli nazvat záchvaty, které přicházejí po určitém nahromadění emočních stresů a různých konfliktů. Ty slouží obvykle k tomu, aby ohraničily opakující se bolest. Pro příklad můžu uvést ženy, které trpí menstruační migrénou, kdy se všechen stres, nastrádaný za 1 měsíc, uvolňuje v době pár dní, kdy žena menstruuje a zároveň prožívá migrénu.

„**Disociativní migrénu**“ popisuje Sacks jako jednu z těch závažnějších typů, co se škodlivosti pro pacienta týče, jelikož se jedná o osobnost migrenika rozdělenou na 2 části. „*Jedna část, která podporuje chabou reakci či bravuru zcela v rozporu s okolní a emoční skutečností a druhá část se osamostatňuje coby jakýsi cyklický sadomasochistický systém zasvěcený tomu, že na člověka uvaluje utrpení*“ (Sacks, 2012, str. 269). Takový pacient může být podle autora těžko léčitelný a má rysy hysterické osobnosti. „**Agresivní migréna**“ oproti tomu slouží k vyjádření něčeho skrytého, potlačovaného, co pacient nechce nebo nemůže vyjádřit a je doprovázena silnými emocemi v podobě potlačovaného vzteku a nenávisti. Migréna je v této podobě něco jako pomsta či implicitní útok převážně vůči osobám, ke kterým mají pacienti ambivalentní vztah. Někdy si pacient snaží najít i stejně nemocného partnera, soutěžit s ním a přit se o to, kdo z nich je více nemocný.

Nejpatologičtější typem migrény pro lidskou dynamiku a zároveň tím posledním, který Sacks uvádí je „**sebetrestající se migréna**“. Těmito záchvaty trpí lidé, kteří zaměřili svou nenávist směrem dovnitř. „*Jsou silně masochističtí, zlomyslní, chronicky depresivní, skryté paranoidní a někdy otevřeně sebedestruktivní. Migréna jen málokdy postačuje k vyjádření*

vnitřních pocitů a pravděpodobně ji budou provázet další projevy sebeenávisti“ (Sacks, 2012, str. 270).

Stejně tak, jako můžeme tuto subkapitolu pojednávající o osobnostních charakteristikách migrenika a pacientů trpících bolestmi hlavy úzce provázat s kapitolou o emocích, mohli bychom ji spojit také s psychiatrickými poruchami, které budou pravděpodobně na všechny tyto poznatky navazovat a budu se o nich zmiňovat více v kapitole „Komorbidita migrény a psychiatrických poruch“.

2.1.3 Věkové a genderové rozdíly

Spousta výzkumů, které zjišťovaly komorbiditu psychiatrických poruch u pacientů s migrénou a tenzním typem bolesti hlavy nebo jiné souvislosti této nemoci, uvádějí i věkové a pohlavní rozdíly mezi pacienty. Studie z roku 2014, která byla provedena v Íránu, zkoumala u pacientů s bolestmi hlavy osobnostní charakteristiky pomocí zkrácené verze Minnesotského multifázového osobnostního dotazníku (MMPI), měřícího osobnostní vlastnosti a psychiatrické poruchy. Je důležité zmínit, že ze 160 pacientů tvořily podstatnou část (92%) ženy různého věku a nebylo prioritou zjistit věkové rozdíly mezi jednotlivými typy bolestí hlavy, avšak studie prokázala značné rozdíly v **průměrném věku pacientů** trpících migrénou, jejichž průměrný věk byl 31, oproti pacientům s tenzními bolestmi hlavy, u kterých byl průměrný věk 35 (African Journal of Psychiatry, 2014).

Sacks (2012, str. 169) naopak v souvislosti s bolestmi hlavy ve vztahu k věku pacientů rozlišuje několik podskupin dle typu migrény. Z jeho tvrzení však vyplývá, že počátky těchto zdravotních obtíží se obvykle projevují buď v mládí, převážně v pubertě, případně pak ve střední dospělosti (tedy 30-45 let, jak se prokázalo i ve výše zmíněném výzkumu). Počítá však s jakousi migrénovou vlohou, která může být u migrenózní pacientů dlouho pouze v latentním stavu a projevit se může až jako následek nějaké „provokace“ z okolí, např. mluví o své pacientce, které se migrenózní záchvaty začaly projevovat až v 75ti letech po té, co ji zemřel manžel.

Zmiňovanou bolest hlavy v pubertě, která může pro vznik záchvatů vytvářet příznivé podmínky, více rozvádí Manson (2011, str. 52) ve své publikaci o migréně. Mluví především o rozvoji bolestí hlavy v letech od 15-25, které postihují spíše dívky, než chlapce, v poměru 2:1.

„Dospívání je pro mladého člověka obdobím velkých zvratů. Mění se mu tělo, u dívek vyvolávají hormonální změny první menstruaci, která ostatně při rozpoutání migrény hraje určitou roli. Puberta s sebou nese i řadu dalších úskalí, které ve svém důsledku mohou adolescenta vyčerpávat, přivodit stres a ten je živnou půdou pro fyzické potíže. Hormonální změny a stres způsobují, že v tomto období, kdy mladý člověk se sebou bývá často nespokojený, se záchvaty pak objevují čím dál častěji. Adolescent nepřijímá své tělo, které ještě nedokáže kontrolovat, začíná se pozorovat, když se vyrovnává s novými touhami vyvolanými hormony. Hledá svou identitu, má strach, že nebude osobnost, a také začíná být zodpovědný za více věcí a může stávající úzkost ještě posílit. V období dospívání tedy vzroste počet spouštěcích faktorů“.

Co se týče **genderových rozdílů**, zde výzkumy jasně ukazují vyšší procento případů postižení bolestmi hlavy či migrénou ženy, obzvláště v určitém věku. Manson (2011, str. 54) poukazuje na fakt, že ženy trpívají migrénou třikrát více než muži. Spolu s dalšími odborníky přisuzuje tento fakt velkým hormonálním změnám, které probíhají v ženském těle v pubertě spolu s nástupem menstruace (která často bývá samotným spouštěčem migrény), během těhotenství, menopauzy a také v případech, kdy žena užívá hormonální antikoncepci. Stejně tak vyzdvihuje i fakt týkající se dnešní doby, která často *„požaduje, aby ženy zvládaly nejen práci, kde často musí konkurovat mužům a dokazovat, že jsou stejně schopné, tak samozřejmě soukromý život – výchova dětí a domácnost“* (Manson, 2011, str. 76). Všechny tyto a zajisté i další faktory řadí ženy do ohroženější skupiny pro výskyt migrény a bolestí hlavy.

Muži však nejsou vyloučeni z tohoto ohrožení, avšak předpokládá se, že častěji záchvaty migrény skrývají a málokdy se svými problémy navštíví odborníka. Možná také proto je ve výzkumech o migréně a bolestech hlavy mnohem větší procento žen nežli mužů, čímž potvrzujeme i tuto hypotézu a dostáváme se do bludného kruhu (Zarzycká, 2010).

2.1.4 Životní styl

Většina populace obvykle zvládá bez větších potíží různé zátěže organismu, jako např. krátkodobější nedostatek spánku či namáhavou práci. Někteří pacienti však mohou být k těmto zatížením citlivější a jejich organismus na ně může reagovat právě bolestí hlavy, případně i migrenózním záchvatem. *„Další faktory, jako například nemoc, průjem, půst, atd., mohou spolu s jinak bezvýznamným vysílením nebo spánkovým deficitem vyústit v kritický stupeň vyčerpání, na němž pravděpodobně dojde k propadové reakci“* (Sacks, 2012, str. 191).

Mezi ty nejvíce zátěžové změny životního stylu patří rozhodně **změny spánkového režimu** související např. s prací na noční směny. Pokud lidé trpí nočními bolestmi hlavy, kvůli kterým se budí, jejich organismus si neodpočine, což může způsobit podráždění a nervozitu. Obvykle pak, když spánkový deficit chtějí dohnat a „naspat“ přes den, si akorát naruší spánkový rytmus (Manson, 2011, str. 69). Obecně spánek může být častým spouštěčem migrény, a to ať už v rámci jeho nedostatku, nebo také i přemíry. Obzvláště u adolescentů, kteří nedodržují spánkovou kvótu nutnou k fyzickému i psychickému odpočinku.

Pro spoustu migreniků může být zátěžové také jejich **zaměstnání**. Již jsem zmínila, že pacienti trpící migrénou špatně reagují na směnný provoz, který narušuje jejich denní rytmus. Nevyhovující a zátěžové však mohou být i jiné podmínky v práci, mezi které může patřit práce v kanceláři, kdy člověk celý den vsedě pracuje za monitorem počítače. Nehledě na fakt, že celodenní dívání se na obrazovku není příjemné ani pro zdravého jedince, stejně tak sedavé zaměstnání může vyvolat tenzní bolesti hlavy v důsledku napětí svalů a krční páteře, které mohou dále rozpoutat migrénu.

Ne však ve všech případech můžeme pozorovat takovou abnormální reakci na zátěž. Někteří lidé, zaměřeni příliš na výkon (viz. dále), mohou naopak abnormálně reagovat na **uvolnění** v podobě volného času naplněného „nicneděláním“. „*Migréna se pak obvykle dostaví po určité době, kdy napětí klesne a tělo se uvolní*“ (Manson, 2011, str. 63). Danzer (2001, str. 187) popisuje jeden z mnoha případů, kdy se u pacienta bolest hlavy ohlásila vždy, když byl nějaký úkol volného času vyřízen a on se tedy mohl skutečně uvolnit. Tedy jeho skutečně volný čas vyplňovala bolest hlavy nebo nutkání jít plnit další úkol. K takovýmto případům „let-down-headache“ se řadí i tzv. „víkendové migrény“, kdy pacientův organismus při těchto přechodech z vypětí do odpočinku trpí bolestmi.

Abnormálně reaktivně mohou někteří pacienti trpící bolestmi hlavy a migrénou reagovat i na různé **návykové látky a léky**, a to přitom množství požitých látek, např. alkoholu nemusí být zdaleka nijak velké a často pacientovi stačí jedna sklenička, aby na ni reagoval bolestí hlavy, silnou nauzeou či záchvatem migrény. Alkohol totiž obsahuje látky histamin, tyramin a fenoly, které mohou migrénu vyvolat (Manson, 2011, str. 65). Vedle alkoholu jsou to také cigarety a stimulanty, především amfetaminy, které způsobují nabuzení nervové aktivity a při jejich pravidelném užívání a následném vysazení se dostavuje abstinenční syndrom doprovázen silnou migrénou s dalšími doprovodnými stavy. Byl však prokázán také účinek vyvolání

migrény i při užívání léků regulujících vysoký krevní tlak a hormonální antikoncepce (Sacks, 2012; Peterová 2013).

V souvislosti s životním stylem je třeba se také zmínit, že roli může ve vyvolání bolesti hlavy hrát vydatné **jídlo**, případně naopak omezený příjem jídla v podobě různých diet či půstu. Ačkoliv se s těmito případy můžeme setkat spíše v menším procentu, jsou popsány kazuistiky, kdy po několika hodinovém hladovění nastává záchvat migrény. Stejně tak podobné reakce mohou vyvolat i určité typy jídel, především jídla dochucená glutamanem sodným, který se hojně využívá při přípravě čínských jídel, případně chuťově výrazné sýry. Wysocká v rozhovoru pro článek pojednávající o migréně u žen také doplňuje seznam o nápoje obsahující kofein, tedy černý čaj či káva. Z alkoholu zmínila červené víno, které často způsobuje úporné bolesti hlavy (Zarzycká, 2016). U některých pacientů můžou právě taková jídla a nápoje vyvolat „prudké a nebezpečné zvýšení krevního tlaku a mít další dopady na autonomní nervovou soustavu“ (Sacks, 2012, str. 200). Samozřejmě bychom mohli jmenovat další jídla nevhodná pro pacienty trpící bolestmi hlavy, avšak pro postihnutí podstaty nám to postačí. Důležité pro migreniky je zkrátka dodržovat určitá pravidla o vyvážené, pravidelné a střídme stravě a vyhybat se přejídání (Manson, 2011, str. 67).

2.1.5 Senzorické podněty

Bolesti hlavy, zejména pak tedy migrénu mohou vyvolat i vnější podněty. Vjemy, které bývají často nepříjemné i zdravému okolí se pak nabízejí jako vhodný spouštěč těchto bolestivých záchvatů. Senzorické vjemy vyvolávající migrénu bychom mohli rozřadit do tří kategorií, a to na zrakové, sluchové a čichové podněty. Zůstává však poté otázkou, jestli tyto podněty jsou opravdu spouštěčem migrény, anebo jsou již součástí aury, kterou zažívají někteří pacienti trpící těmito záchvaty. Více se vnímání senzorických podnětů při záchvatu migrény budu věnovat v následující kapitole.

2.1.6 Shrnutí

Z tohoto výčtu podnětů, které mohou být potencionálními spouštěči bolesti hlavy, případně migrény můžeme odpozorovat, že existují dva typy podnětů, a to ty, které způsobují záchvat přílišným nabuzením (např. stres), a ty, které způsobují záchvat větším útlumem (např.

vyčerpání, odpočinek). Tento výčet rozhodně není konečný a snaží se spíše postihnout ty nejpodstatnější faktory. K diskuzi pak zůstává, co dalšího by mohlo být označeno za psychologickou příčinu vyvolávající tyto potíže.

Vzhledem k tomu, že se často příčinné faktory prolínají s doprovodnými jevy, případně někdy i důsledky bolestí hlavy, pokusím se další psychologické aspekty tohoto problému postihnout v následujících kapitolách.

3 PSYCHOLOGICKÉ DOPROVODNÉ JEVY PŘI ZÁCHVATECH BOLESTÍ HLAVY

Mnoho migreniků vnímá při záchvatech narušené kognitivní funkce. I z různých neodborných internetových zdrojů se můžeme dočíst, že migréna bývá spojována se sníženou schopností koncentrace, kterou pacienti popisují i po odeznění záchvatu až po dobu několika dní. Peterková (2013, st. 29) však uvádí, že studie, ve kterých byli tito pacienti po dobu 4-5 let sledováni nepotvrdili žádné poruchy pozornosti ani paměti a tudíž ani žádný objektivní pokles jejich kognitivních funkcí. Podle všeho se tedy jedná o subjektivní pocity pacientů. Co však bylo v těchto studiích zaznamenáno, byly poruchy související se zpracováním vizuálních vjemů, tedy toho, co pacienti viděli. O čemž se budu zmiňovat dále.

Většina pacientů trpících bolestmi hlavy zažívá během záchvatu bolesti různé psychické změny. Migrenici se však mohou s některými příznaky setkat ještě dříve, než samotná bolest udeří v rámci tzv. prodromální fáze, která se vyznačuje různými příznaky. „*Nemocní popisují změny nálad, děsivé sny, pocity duševního napětí, podrážděnosti, zvýšenou aktivitu, euforii nebo naopak depresi. Dále udávají větší nebo i menší citlivost na zevní podněty, zvýšenou chuť až vlčí hlad zejména na sladká jídla, opakované zívání, někdy poruchy výslovnosti, motorický neklid*“ (Mastík, 2007, str. 18). Pravděpodobná příčina vzniku těchto příznaků je dle odborníků v dysfunkci hypothalamu, který se mj. podílí jak na funkčních změnách týkajících se emotivity a jejích změn, tak třeba i na ovlivňování hladu a příjmu potravy. Roli zde hrají neurotransmitery serotonin a dopamin, které spolu s noradrenalinem ovlivňují naše emoce. Některé serotoninové receptory se tak mohou stát příčinou vzniku záchvatu migrény, jiné ji naopak mohou potlačit (Peterová, 2013).

Během záchvatů bolesti hlavy můžeme u většiny pacientů pozorovat jejich **podrážděnost vůči některým smyslovým podnětům**. Nejvýraznějším doprovodným jevem, který je považován za jeden z charakteristických znaků migrény, je precitlivělost vůči světlu – světlolachost způsobená podrážděním nervové soustavy. Pacienti se při záchvatu, případně před ním v případech migrény s aurou, snaží před světlem skrýt do tmavých míst a zavírají oči, což může často být doprovázeno i zrakovými pseudohalucinacemi v podobě intenzivních rychle se měnících obrazů různých barev i tvarů od těch elementárních fotomů až po ty komplexnější. Setkat se můžeme také s tzv. migrénovými skotomy, které se projevují během migrény s aurou. Sacks (2012) skotomy popisuje jako „*dramatické poruchy vidění a poruchy v zorném poli, které*

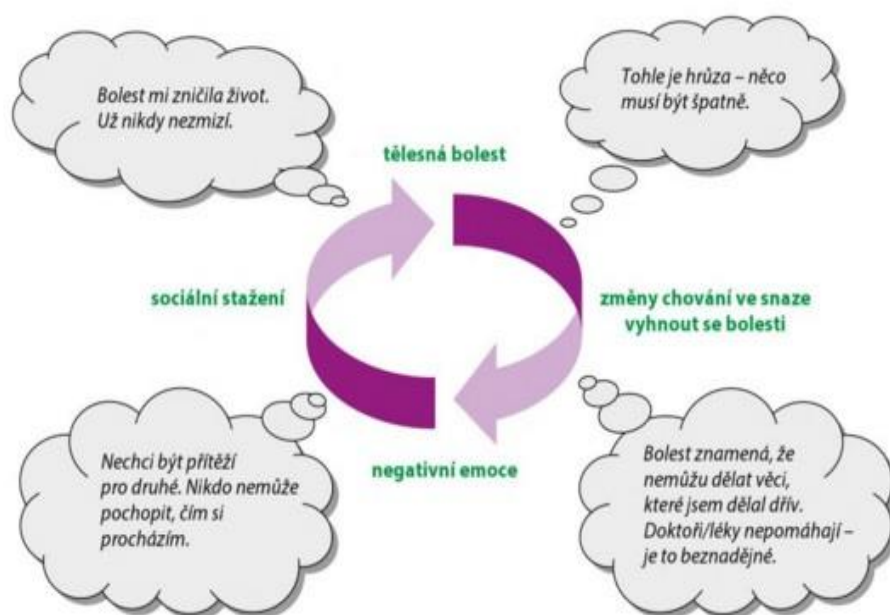
mají podobu zvláštního a často třpytivého jasu (jiskřící skotomy) nebo zvláštní slepoty a ztráty vidění a jsou bezpochyby nejběžnějším rysem migrény“ (str. 402). Autor o nich mluví především v souvislosti s úzkostí, kterou lidé trpící bolestmi hlavy při výskytu těchto skotomů pociťují. V kauzistice jednoho ze svých migrenózních pacientů popisuje jeho pocity hrůzy spojené právě s těmito výpadky zraku, kdy si nemocný uvědomuje, že s ním něco není v pořádku, ale chvíli mu trvá, než si uvědomí, že mu chybí část obrazu v jeho vědomí. Právě tyto skutečnosti, kdy jedince trpící bolestmi hlavy často napadá, že se děje něco se světem a ne s jejich zrakem, přináší pocity zmatenosti, pochybnosti a zděšení.

Stejně tak precitlivěle jako na světlo reagují pacienti na jakékoliv zvuky, jejichž intenzitu vnímají několikrát silněji než za normální situace, a tak se pro ně stává i tikot hodin nesnesitelným. Někteří migrenici pak v časných fázích záchvatu popisují i různé čichové a chuťové iluze, kdy příjemné nebo neutrální podněty jsou vnímány jako páchnoucí a odporné a často na ně pacienti reagují nauzeou. Po takových stavech precitlivělosti však během záchvatu a po něm dochází postupně k apatii a otupělosti vůči smyslovým podnětům, které může pokračovat i několik dní po záchvatu (Sacks, 2012).

O podráždění bychom mohli u pacientů se záchvaty migrény hovořit nejen jako o reakci na senzorní podněty, které je rozčilují. Často totiž takový záchvat doprovází i **změny nálad** a různé obranné mechanismy. Se sníženým serotoninem v těle se snižuje i přenos nervových vzruchů a my tak pociťujeme změny nálady. Může to být podrážděnost, celková deprese nebo třeba až agresivita. Jak zmiňuje Sacks (2012) ve své publikaci o migréně, afektivní stavy a především pak afektivní změny mohou sehrát roli jak při vyvolání záchvatu, během něj, tak i při druhotných dopadech migrény – „*v průběhu migrénového záchvatu může dojít k hlubokým afektivním změnám, jež jsou obzvláště překvapivé u pacientů s normálně klidným temperamentem. Takové změny nálad nejsou pouhými reakcemi na bolest, nevolnost, atd., nýbrž jsou samy primárními příznaky probíhajícími současně s mnoha dalšími příznaky záchvatu*“ (str. 48). Uvedeny jsou především stavy úzkosti, neklidu a podrážděnosti před a během začátku záchvatu a zmiňovaná apatie a sklíčenost po něm. Emoce se však prolínají všemi námi naznačenými stádii, tedy emoce coby jeden ze symptomů, emoce jak doprovodný jev, ale bolesti hlavy a záchvaty migrény mohou také mít vliv na emoce v životě obecně, proto se jim budu ještě dále věnovat v následující kapitole.

4 DŮSLEDKY BOLESTÍ HLAVY A JEJICH PSYCHOLOGICKÉ ASPEKTY

Vnímání bolesti je často ovlivněno tím, jakou pozornost bolesti lidé věnují, jak jsou ovlivněni emocemi a také jak ji interpretují. „Někdo migrénu bere jako občasnou nepříjemnost a stačí mu při záchvatu pouze trochu odpočívat, pro jiného je výrazným handicapem a soustředí na ni veškerou pozornost. Každý migrenik totiž na tuto chorobu reaguje jinak, a také jinak zvládá bolest při záchvatech“ (Manson, 2011, str. 47). Pacienti trpící silnými symptomy, popř. dlouholetými bolestmi hlavy v jejich chronické verzi se potýkají s fyziologickými a psychosociálními faktory, které ovlivňují jejich život a mohou pro ně se dostat do tzv. bludného kruhu, který je vyobrazen na tomto obrázku:



Obrázek 2 - Začarovaný kruh bolesti¹⁵

¹⁵ Převzato z (Ayers & De Visser, 2015, str. 86, dostupné z: https://books.google.cz/books?id=grZlCgAAQBAJ&pg=PA86&dq=za%C4%8Darov%C3%BD+kruh+bolesti&hl=cs&sa=X&ved=0ahUKEwjY6t-x2u_LAhWIO5oKHYP1Dd0Q6AEIPjAC#v=onepage&q=za%C4%8Darov%C3%BD%20kruh%20bolesti&f=false)

Fráze zobrazené na obrázku výše přesně popisují pacientovy myšlenky spojené s pocity viny „*nechci být přítěží pro druhé*“ a sklouznutí do bolesti jako svého životního stylu, tedy „*je to beznadějně, už nikdy to nezmizí*“. Lidé trpící bolestmi hlavy taky často kvůli svým potížím „*už nedělají věci, které dříve dělali*“. Danzer (2001, str. 189) popisuje případ pacienta, který po dobu několika let vynechával sexuální styk se svou manželkou¹⁶, domněle kvůli bolestem hlavy, a místo toho pravidelně a tajně navštěvoval peep-show, kde onanoval. Následně na to však bojoval s těžkými pocity viny a výčitkami svědomí, které jen podporovaly další bolesti hlavy.

S emocemi v souvislosti s bolestmi hlavy a migrénami musíme počítat nejen jako s co by potencionálními spouštěči záchvatu ale také jako s normálními fyziologickými jevy, které doprovázejí celý migrenikův život. Často se jeho okolí snaží udílet rady a mají různé poznámky ohledně jeho záchvatů, což může pacienta podráždit. „*Pokud přejde migréna do stádia, kdy jsou bolesti hlavy téměř trvalé, vede to někdy k ještě větší podrážděnosti, hraničící až s agresivitou. Nálada migrenika často závisí na jeho migréně. Někdy si jeho blízcí ani neuvědomí, jaké reakce u něho mohou svým chováním vyvolat*“ (Manson, 2011, str. 79). Své zdravotní potíže může takto zatížený člověk vnímat mnohem intenzivněji v případě nepochopení okolím.

S výrazy **nepochopení** se setkáváme především u dospívajících pacientů a mužů trpících migrénou a bolestmi hlavy. Ti právě ze strachu z nepochopení a bagatelizace problému rodiči či okolím často se svými bolestmi ani nevyjdou najevo. Pod přesvědčením, že se s problémem stejně nic nedá dělat, o svých bolestech mlčí a tlumí je analgetiky, které v případě častých záchvatů užívají nadměrně. To však může mít za vliv i další zdravotní potíže (Manson, 2011, str. 53; Zarzycká 2010).

Opakem nemocných, kteří své časté bolesti hlavy skrývají a tají, by pak byli pacienti, kteří své nemoci využívají ve svůj prospěch, a proto ji dávají svému okolí řádně najevo. Sacks (2012, str. 266) popisuje zajímavý fenomén opakující se migrény. Ukazuje jej na příkladu některých svých epileptických pacientů, kteří využívali své fyziologicky vyvolané záchvaty jako symbolickou událost: „*Některé děti mohou zjistit, že blikající světlo u nich vyvolává křeč, a od tohoto objevu postoupí k opakovaným záchvatům, které si samy uměle vyvolají (např.*

¹⁶ Manson (2011, str. 79) uvádí, že záchvaty migrény často u pacientů potlačují sexuální touhu. „*Tělo nemůže trpět a toužit současně*“, což může být v partnerském soužití rušivým elementem. Stejně tak jako medikací utlumené libido.

rychlým máváním rukou před očima nebo poskakováním před žaluziemi. Někteří dospělí si sami vyprovokují záchvaty úmyslně nebo tak, že „náhodou“ opomenout svůj lék. V takových případech si epilepsie našla druhotné využití, jakési perverzní využití, určené u pacienta složitými a mnohdy nevědomými motivy. Je skutečně prokázáno, že „náhodná dispozice“, jež se vydává za řadu nahodilých neštěstí, se povětšinou omezuje na sebetrestající a sebedestruktivní jedince. Netvrdíme, že všechny opakované a okolnostmi navozené migrény, neb dokonce většina z nich je propojena s motivy konkrétního jedince. Mnohé migrény se vyskytují, probíhají, vytvářejí občasné nepohodlí, a nenesou s sebou žádnou zvláštní zátěž emočních důsledků. Avšak možnost, že budou sloužit k jiným účelům mnoha a různých druhů, tu existuje vždycky“.

Tak jako tak je zvládání chronické bolesti hlavy a periodicky se opakujících záchvatů migrén velkou zátěží. Kromě celkového útlumu doprovázeno depresivní náladou a sníženou pozorností je to také celková fyzická a psychická únava, která může mít vliv na osobní i pracovní život pacienta. Největší dopad mají tyto obtíže spojené s bolestmi hlavy na jeho nejbližší okolí, které musí především respektovat jeho potřeby v době záchvatů. Mnohdy musí mít **rodina** nemocného velké pochopení i přesto, že vlastně neznají pravou příčinu jeho záchvatů a cítí se trochu bezmocní, že mu v jeho největších bolestech nedokáží pomoci. V případech chronických záchvatů rodina musí vyjít vstříc, co se týče vhodného bydlení, kde by nebyl nadměrný hluk, světlo či pachy, na které může migrenik reagovat přecitlivěle; respektovat jeho denní rytmus, obzvláště pak ten spánkový, který je důležitý; a také respektovat jeho případnou pracovní neschopnost, o které se zmíním v následujícím odstavci. Toto všechno a další úlevy a přizpůsobení se v partnerské a rodinném životě však může přinést pacientovi trpícímu záchvaty výčitky ohledně jeho negativního působení na okolí a mnohdy tyto skutečnosti mohou narušit fungování v rodině (Manson, 2011, str. 77).

Co se týče **pracovního života**, často má člověk trpící chronickými bolestmi hlavy mít potíže s volbou vhodného zaměstnání, která by např. pracovní dobou odpovídala jeho požadavkům. V důsledku toho pak může nejen tyto pacienty, ale i jejich nadřízené, trápit jejich častá absence v práci. Podle Manson (2011, str. 73) je migréna a související zhoršené soustředění a tím i neproduktivita, stále častým důvodem pracovní neschopnosti, což může mít dopad na socioekonomickou stránku nejen domácnosti, ale v některých případech i celého státu.

Bolesti hlavy však jsou specifické i ve své povaze, která často může samotného nemocného přivést na **pochyby týkající se závažnosti své nemoci**. Pro některé přináší prudké záchvaty migrény pocity strachu a nejistoty vyvolané v důsledku neznalosti jejich příčin, kdy mají pacienti tendence si vysvětlovat bolesti hlavy a celkově svůj somatický stav jako, že se jedná o nějakou vážnou poruchu či nemoc. Naopak někteří migrenici *„kvůli pochybám lidí, kteří nikdy migrénou netrpěli, nebo skeptickému postoji některých lékařů, kteří nepřiznají, že nemají v této oblasti dostatečné znalosti a odůvodňují nemoc psychikou pacienta, začnou mít o příčinách své bolesti pochybnosti“* (Manson, 2011, str. 61).

Mnohdy právě následkem **vztahu s ošetřujícím lékařem** a pacientem trpícím bolestmi hlavy se mohou projevy bolesti zhoršit. Je zřejmé, že správné a dostatečné informace ze strany doktora mohou ovlivnit pacientův pohled na vlastní situaci a především pak na vnímání závažnosti nemoci a její léčbu. Pacientův prvotní strach z organické příčiny jeho bolesti nemusí zmizet při prvním proběhlém vyšetření mozku s negativním nálezem a někteří pacienti, přesvědčení o závažnější příčině než by mohl být kterýkoliv psychogenní faktor, se dožadují dalších diagnostických vyšetření, případně navštěvují několik doktorů najednou a sbírají informace. Vztah mezi pacientem a lékařem se tak dostává do určitého napětí. Pacient vyvíjí tlak na lékaře, který si mnohdy se situací, která není podpořena diagnostickým nálezem, neví rady, a tak se uchyluje k předepisování medikace zmírňující bolesti a v rámci prevence často nabádá pacienta k dodržování správného životního stylu, což v pacientovi může zanechat výčitky (Tress, Krusse, & Ott, 2008, str. 188).

Podle výsledků výzkumu kolektivu autorů z New Yorku a Spojeného království, publikovaného v roce 2001 v časopise Headache, je vnímání bolesti hlavy lékařem často ovlivněno přístupnými informacemi nejen o historii a průběhu bolesti hlavy samotné, ale také o jejich souvislostech a provázanostech s pracovním a osobním životem, které lékař o pacientovi má. Když byly informace o pacientovi lékaři zpřístupněny, zvýšil se jak podíl lékařů, kteří hodnotili pacientovu nemoc jako "těžkou", tak i podíl lékařů, kteří doporučili okamžitou léčbu a následné kontrolní návštěvy (Headache, 2001).

Právě totiž fakt, že po různých diagnostických vyšetřeních výsledky neprokazují žádnou zvláštní patologii a lékaři jim mnohdy nevěnují potřebnou pozornost, může v pacientovi zasadit zárodek již zmiňované pochybnosti. *„Pochybuje migrenik, jehož záchvaty pokračují dále, pochybuje jeho okolí, kterému dochází trpělivost, protože dotyčný hovoří pouze o svém zdravotním stavu, a s určitými rozpaky pochybují i lékaři, když slyší o nekonečném putování*

svého pacienta po zdravotnických zařízeních. Tyto pochyby jsou pak živnou půdou pro úzkost a migréna se stává obsesí ovlivňující veškeré migrenikovo chování a jednání. Nemocný se začne pozorovat a analyzovat každý svůj pocit, ab byl na případný záchvat náležitě připravený. Symptomy úzkosti a migrény se pak někdy zaměňují. Strach ze záchvatu zakalí období, kdy pacienta hlava nebolí, a záchvat naopak posílí strach – je to bludný kruh, ze kterého je obtížné vstoupit“ (Manson, 2011, str. 62).

Právě kvůli těmto různým faktorům dopadajícím na pacienta trpícího chronickými bolestmi hlavy, je potřeba brát léčbu více komplexně než jen pravidelnými návštěvami neurologa a předepisovanou medikací, jejíž časté užívání vede pouze k postupnému zvyšování tolerance, což často může za příčinu až závislost na analgetících a různých jiných lécích. Léky by podle Manson (2011, str. 64) měly v léčbě migrény a bolestí hlavy zůstat pouze jakousi berličkou a ke každému pacientovi by se mělo přistupovat v jeho léčbě individuálně.

Ayersová (2015, str. 85) píše o speciálním programu zvládání chronické bolesti, do kterého by měli být zahrnuti a provázáni i psychologové, fyzioterapeuti a další specializovaní pracovníci, kteří by nemocnému mohli pomoci se zvládáním bolesti, odhalování jejich různých příčin, kterým by se měl naučit předcházet, případně omezit dopady na jeho osobní život. „*Pacienti jsou vybízeni k tomu, aby přebírali kontrolu nad vlastním životem a za pomoci procesu posilování začali být aktivnější. To potom může vést k pozitivnímu cyklu menší úzkosti, menšího soustředění na bolest, a tím také méně bolesti“ (Ayers & De Visser, 2015, str. 85).* Tyto programy fungují už i v České republice v rámci jednotlivých klinických oddělení, případně v různých centrech psychologické péče.

5 KOMORBIDITA BOLESTÍ HLAVY A PSYCHICKÝCH PORUCH

„Migréna se často vyskytuje v kombinaci s jinými chorobami. Znalost těchto komorbidit má význam jak pro stanovení léčby migrény, tak z důvodu, že se projevy migrény mohou překrývat s příznaky jiných nemocí. Nejvýznamnější vztahy jsou mezi migrénou a kardiovaskulárními nemocemi (např. hypertenze, hypotenze), neurologickými nemocemi (např. epilepsie), astmatem, alergiemi a také psychickými poruchami“ (Neumann, 2010, str. 297).

Pokud tedy pacient trpí migrénou, zvyšuje se podezření, že u něj můžeme diagnostikovat také další poruchy. Vzhledem k této vysoké míře přidružených poruch u bolesti hlavy, nemůžeme připisovat všechny příznaky pouze jedné diagnóze a často musíme hledat i jiné problémy.

Již dříve zmiňovaná publikovaná Íránská studie skupiny odborníků z Golestánského výzkumného centra psychiatrie, která měla za cíl zkoumat různé typy osobnostních charakteristik prostřednictvím dotazníku MMPI u pacientů s migrénou a tenzním typem bolesti hlavy prokázala, že výsledky komorbidity různých poruch osobnosti se skupinou migreniků se v podstatě neliší od výsledků skupiny pacientů trpících tenzními bolestmi hlavy. I přesto se však většina studií a výzkumů věnuje převážně skupině migreniků, proto budu v následujících odstavcích mluvit především o migrenózních pacientech (African Journal of Psychiatry, 2014).

Co se týče psychických poruch, tak podle Peterové (2013, str. 55) je nejčastější současný výskyt migrény a **deprese**, tedy poruchy nálad. Vysvětlení této souvislosti je pravděpodobně geneticko-vývojová souvislost mezi nimi. *„U takových pacientů převažují lehké až střední depresivní příznaky. Migrenici komorbidní s depresí mají vyšší četnost migrén a horší postižení. Deprese však u nich nemá vliv na frekvenci záchvatů migrény, jejich přetrvávání nebo progresi v průběhu času. Migrenici mají zvýšené riziko deprese s celoživotní prevalencí až 3krát vyšší oproti normální populaci a výskytem až 58%“.*

Toto tvrzení dále dokládají i četné výzkumy, které byly provedeny v této oblasti a v podstatě navazují na studie a výzkumy uvedené v kapitole týkající se neuroticismu jako jednoho z typických osobnostních rysů migreniků, který s výskytem depresivní poruchy může souviset. Autoři již dříve zmiňované pětileté studie z roku 1996, která zkoumala souvislost mezi migrénou a neuroticismem, totiž zjistili, že riziko migrény u žen s vyšším neuroticismem může

částečně vysvětlit existující psychiatrické poruchy deprese a úzkosti, a to jak průřezově, tak výhledově (Neurology, 1996).

Stejně tak výsledky potvrdil i výzkum provedený v Číně, který s pomocí dotazníku PVP zaznamenal výrazně vyšší výskyt depresivních poruch nejen u migreniků bez aury, ale i u pacientů trpících tenzními bolestmi hlavy, oproti kontrolní skupině, která tyto obtíže neměla (Psychopatology, 2002). V této souvislosti se současným výskytem bolestí hlavy a poruch emotivity byla uveřejněna i meta-analýza z roku 2015, která vyhodnotila 14 výzkumů týkajících se prevalence migrény u lidí s bipolární poruchou. Potíže s bolestí hlavy se prokázaly u těchto pacientů jako velmi běžný, avšak také velmi obtěžující problém. Přičemž migrénami trpěli obzvláště lidé s bipolární poruchou II. typu, kteří neměli plně rozvinuté manické fáze, a tedy znovu potvrdili komorbiditu bolestí hlavy s výskytem depresí (Journal Of Affective Disorders, 2015).

Úzce související s provázaností bolestí hlavy, případně migrén, s depresivními poruchami je také úzkost. Manson (2011, str. 132) tvrdí, že je obtížné určit, jestli úzkost a deprese vznikla kvůli obavám ze záchvatu bolesti hlavy nebo naopak podporuje jeho rozpoutání, avšak na toto téma, jak je migréna s depresivní poruchou často komplikována **úzkostnými poruchami**, byla již v roce 1990 provedena studie ve švýcarském Curychu, kterou ve svém článku zmiňuje Silberstein (2003). Autoři výzkumu přitom naznačují, že u osob, kterých se týká jak migréna, tak depresivní a úzkostná porucha, většinou nástup úzkosti předchází nástupu migrény, zatímco nástup deprese je spíše jejím důsledkem.

Sám neurolog Silberstein (2003) však zdůrazňuje, že to vždy nebývá tak jednoznačné. Spojení mezi migrénou a depresivní poruchou může odrážet stejná etiologie a k takovému spojení může dojít z obousměrného vlivu. Tedy, že na počátku může stát migréna, která vede k rozvoji depresivní poruchy, stejně tak jako může depresivní porucha rozpoutat první záchvat migrény. U migreniků, kteří trpí depresivní poruchou, byla prokázána společná příčina obou poruch, zatímco pro ostatní bolesti hlavy, převážně tenzní, mívají právě bolesti hlavy vliv na rozvoj deprese. Tato komorbidita je s největší pravděpodobností, alespoň částečně, důsledkem překrývajících se nervových mechanismů.

Podle těchto teorií je zřejmé, že se bolesti hlavy vyskytují nejčastěji v kombinaci s poruchami emotivity. Občas však výzkumy prokáží i jiné psychické poruchy. V jednom ze

starších výzkumů z roku 1986 měli migrenici mírně vyšší skóre v MMPI i v položkách týkajících se **hypochondrie** a **hysterie** (Journal Of Consulting And Clinical Psychology, 1986).

V publikaci American Headache Society s názvem Headache byla v roce 2014 uveřejněna brazilská longitudinální studie zkoumající předpoklad, že frekvence migrenózních záchvatů u pacientů s migrénou je spojena s výskytem psychiatrické poruchy. Jejich závěry prokázaly spojitost zvýšené frekvence migrény s postupně vyššími frekvencemi poruch nálad, případně úzkostných poruch ve všech vzorcích. V některých případech, a to především u mužů, se však také setkali se silným propojením migrenózních záchvatů a **obsedantně kompulzivních poruch**, které se u žen neprojevily v signifikantním počtu.

Nejen genderově můžeme vidět rozdíly týkajících se provázanosti bolestí hlavy s psychickými poruchami. V roce 2003 byl publikován výzkum zaměřující se na dospívající populaci od 11-18 let. Porovnávali v něm dospívající trpící migrénou s dospívajícími s nevysvětlitelnou chronickou únavou trvající déle než půl roku. Obě tyto skupiny byly následně porovnávány i s kontrolní skupinou. Výzkum byl založen především na výsledcích Spielbergerova dotazníku na měření úzkosti a úzkostnosti u dětí, dotazníku k měření deprese u dětí a dotazníku zjišťující **somatizační poruchy** u dětí. Přičemž u adolescentů s migrénou se prokázalo významně vyšší skóre úzkostnosti než u ostatních skupin a také vyšší somatizační skóre než u kontrolní skupiny (Pediatrics, 2003).

Jsou to však výjimečné případy, které obvykle nebývají spolehlivě aplikovatelné na většinu migrenózní populace. To však samozřejmě nemůžeme tvrdit ani u deprese, případně úzkostných poruch, které byly již tolikrát potvrzeny různými výzkumy jako možná spojitost s migrénou a jsou stále ještě v jednom z hlavních předmětů zkoumání neurologů a psychiatrů ve spojitosti s bolestmi hlavy (Headache, 2014).

EMPIRICKÁ ČÁST

1 NÁVRH PROJEKTU VÝZKUMU

V návaznosti na teoretickou část týkající se osobnostních rysů u pacientů trpících bolestmi hlavy, bych v této empirické části práce ráda předložila metodologický návrh výzkumného projektu. Ten by dále mohl rozvinout a prozkoumat teorii z této oblasti. Výzkumný projekt bude mapující studií, ve které se budu snažit o zachycení určitých osobnostních faktorů, které by mohly souviset s bolestmi hlavy.

Spousty nejrozšířenějších výzkumů, které se snažily postihnout vztah osobnostních vlastností s bolestmi hlavy, používaly jako diagnostický nástroj MMPI. Tento Minesotský dotazník je dosti širokospektrální a slouží ke zjišťování důležitých vlastností osobnosti a psychických poruch. Výsledky jednotlivých studií jsou většinou v souladu jedna s druhou a prokazují převážně znaky deprese, hypochondrie, případně jiných charakteristik, které se pak v jednotlivých výzkumech liší. V některých novějších studiích, uvedených v této práci, se však autoři rozhodli použít i jiné osobnostní dotazníky, jako např. dotazník NEO-PI, ZKPQ, atd.. Já bych se ve svém výzkumném projektu ráda zaměřila na zkoumání osobnostních rysů u pacientů trpících bolestmi hlavy a migrénou za pomoci Cattelova Šestnáctifaktorového dotazníku pro dospělé (16 PF), který zjišťuje osobnostní charakteristiky normální populace, tak, aby bylo možné sestavit osobnostní profil respondentů trpících bolestmi hlavy a migrénou.

Podobný výzkum využívající ke svému předmětu zkoumání podoby Cattelova dotazníku byl uveřejněn v roce 2001 ve vědeckém časopise IHS, Cephalalgia. Tato studie byla provedena v Itálii a zaměřovala se především na osobnostní rysy dětí a dospívajících trpících bolestmi hlavy. Zkoumané osoby ve věku od 8 do 18 let byly na základě klasifikace navržená IHS rozděleny do 3 skupin – migrenici s aurou, migrenici bez aury a tenzní bolesti hlavy.

Kromě toho, že byly subjekty testovány dotazníkem dětských depresí - The Children's Depression Inventory (CDI) měřícím výskyt depresivních symptomů u dětí a dotazníkem na měření úzkosti a úzkostlivosti - The Test Anxiety Inventory (TAI); použili autoři i již zmíněné Cattelovy dotazníky. Konkrétně High School Personality Questionnaire (HPSQ) pro mládež ve věku 14-18 let, Children's Personality Questionnaire (CPQ) pro děti od 9-13 let a Early School Personality Questionnaire (ESPQ) pro nejmenší děti od 6-8 let. Tyto dotazníky jsou svou

konceptu podobný Cattellovu 16 PF dotazníku pro dospělé, který se chystám použít ve svém návrhu výzkumu.

Výsledky byly porovnány s průměrem hodnot pro italskou populaci, který byl použit k standardizaci testu, a ukázaly, že pacienti trpící idiopatickými¹⁷ bolestmi hlavy mají společné některé osobnostní rysy. Především emocionální rigiditu, tedy tuhost a tendence potlačit vztek a agresi. Tyto výsledky přitom charakterizovaly všechny tři skupiny respondentů, přičemž u osob trpících tenzními bolestmi hlavy, na rozdíl od migreniků, nekorelovaly s dobou trvání bolestí hlavy.

Ráda bych v rámci empirické části bakalářské práce provedla repliku tohoto italského výzkumu v její zkrácené podobě, která by se však nezaměřovala pouze na dětskou populaci a populaci dospívajících. V tomto návrhu mapujícího výzkumu bych se především chtěla především zaměřit na několik otázek, a to zda:

- existují určité osobnostní faktory, které by korelovaly s výskytem bolestí hlavy?
- souvisí tyto osobnostní faktory i se závažností bolesti hlavy?
- ovlivňují výskyt těchto osobnostních faktorů u pacientů trpících bolestmi hlavy i jiné proměnné (např. věk, pohlaví, vzdělání)?

1.1 Metodologie

1.1.1 Výzkumné metody

Jelikož by se jednalo o mapující kvantitativní studii, která slouží spíše k popisu a porozumění problému, byly by pro tyto účely použity dva dotazníky. Prvním dotazníkem, který mapuje osobnostní vlastnosti je již zmíněný Cattelův dotazník 16 PF. Tento dotazník obsahuje sadu zhruba 180 otázek, které zjišťují příčiny pozorovatelných vlastností chování v rámci 16 základních škál, kterými jsou: vřelost (rezervovaný - vstřícný), inteligence, emocionální stabilita, dominance (vs. submisivita), živost (vážný - nadšený), zásadovost (nespolehlivý - svědomitý), sociální smělost (ostýchavý - dobrodružný), citlivost (tvrdý - jemnocitný),

¹⁷ *Idiopatický* – vzniklý samostatně nebo z neznámé příčiny (In Hartl & Hartlová, 2010, str. 213)

ostražitost (důvěřivý - podezřívavý), snivost (praktický - imaginativní), uzavřenost (přímý - rezervovaný), ustrašenost (sebejistý - ustaraný), otevřenost ke změnám (konzervativní - experimentující), soběstačnost (závislý - soběstačný), perfekcionismus (laxní - integrovaný) a napětí (relaxovaný - frustrovaný). Odpovědi jsou většinou na škále pravda/nemohu říct/nepravda ze které respondenti vybírají. (Hodgson 2007; Nakonečný, 2009).

Druhým dotazníkem použitým pro účely výzkumu by byl dotazník MIDAS, který slouží ke zjištění závažností různých bolestí hlavy. Dotazník obsahuje sadu 5 plus 2 doplňkových otázek zjišťujících počet dní, ve kterých se za poslední 3 měsíce u respondentů vyskytla bolest hlavy ovlivňující prováděné aktivity. Dle celkového skóre, které snadno získáme součtem všech odpovědí, je pak klasifikována závažnost bolestí hlavy podle stupně (I = mírné nebo žádné omezení, II = mírné omezení, III = středně těžké omezení a IV = těžké omezení pacienta). Pro lepší představivost a volnou dostupnost tohoto dotazníku přikládám otázky do přílohy č. 1 (Muchová, 2014).

1.1.2 Výzkumný soubor

Do výzkumu by byly zahrnuty vybrané ordinace praktických lékařů, neurologické kliniky a specializovaná pracoviště, která se věnují léčbě pacientů trpících bolestmi hlavy. Pacientům těchto vybraných klinik, kterým byla na základě klasifikace IHS diagnostikována jedna ze zdravotních obtíží, tedy migréna s aurou, migréna bez aury a pacientům trpícím tenzními bolestmi hlavy, by byla nabídnuta možnost účastnit se tohoto jednorázového výzkumu pod podmínkou dobrovolnosti. Výzkumný soubor by tvořilo cca 100 diagnostikovaných pacientů z České republiky¹⁸, kteří by byli ve věku od 18 do 50. Tyto hranice jsou stanoveny především kvůli použitým dotazníkům, které byly navrženy a standardizovány na podobné populaci. Stejně tak by byl ošetřen poměr mužů a žen, věkové rozložení, sociální a ekonomický status, jehož rozložení by mělo odpovídat normálnímu rozložení v populaci.

¹⁸ „V České republice se udává prevalence migrény kolem 15-20 % u žen a 6 % u mužů. To by znamenalo, že minimálně 850 000 lidí v České republice trpí touto nemocí. Podle průzkumu na 40 % občanů bolestmi hlavy významněji netrpí. Třetina sice trpí, ale léčí se sama. Asi pětina rovněž trpí na bolesti hlavy, ale neléčí se. 5 % jich navštíví svého lékaře a jen 1 % odborného lékaře, s požadavkem cíleně se léčit“ (Bydžovský, 2005).

1.1.3 Průběh výzkumu

Před zahájením celého výzkumného projektu by proběhla pilotní studie, která by mohla odhalit případné metodologické nedostatky a předběžně již zaškolit administrátory. V rámci každého smluvního pracoviště bychom v rámci tohoto pilotního výzkumu otestovali jednoho, případně dva probandy za přítomnosti pracovníků, kteří budou v rámci svého pracoviště zadávat dotazníky pacientům.

Samotný výzkumný projekt by běžel v rámci zhruba 6ti měsíců, v závislosti na jeho vývoji, kdy by se měla stihnout data jak posbírat, tak i je vyhodnotit. Spolupracujícím pracovištím by byly poskytnuty sady dotazníků pro výzkum, které by zadávaly respondentům podle instrukcí. O správném postupu zadávání testů by byli administrátoři poučeni při pilotní studii, případně pak při osobní schůzce a předávce dotazníků. Každý proband by před začátkem testování byl informován o cílech studie a vyplnil by také informovaný souhlas. Důležitým prvkem by samozřejmě byla anonymita respondentů, kterou by administrátoři testů ošetřili přidělením speciálního kódu kombinovaného písmeny a čísly každému probandovi. V samotných dotaznících by se pak vyplnil jen údaj o věku, pohlaví, dokončeném vzdělání a přidělený kód.

Testování by probíhalo zhruba hodinu až hodinu a půl, záleží na rychlosti probanda ve vyplňování jednotlivých dotazníků. Ty jsou založeny na sebehodnocení a probíhají formou tužka-papír. Na začátku by byly ve stručnosti vysvětleny instrukce k vyplňování, a zbytek času by se proband věnoval samotnému vyplňování dotazníků 16 PF a MIDAS. V případě zájmu budou moci pacienti uvést svůj email, kam jim bude po vyhodnocení a ukončení celého výzkumného projektu zaslána výsledná zpráva.

Tyto vyplněné dotazníky by každé pracoviště shromažďovalo na bezpečném místě a jedenkrát za 14 dní by je z pracovišť svezli realizátoři studie, kteří by se podíleli na celé její organizaci v jednotlivých krajích či regionech.

1.2 Analýza dat

Ještě před statistickým zpracováním dat by proběhlo vyřazení dotazníků těch respondentů, kteří neodpovídají věkové skupině požadované pro této výzkum, případně nedokončených dotazníků.

Data z dotazníků budou přepsána do elektronické formy do MS Excel, případně do statistického programu SPSS, který se využívá pro analýzu dat. Jelikož v našem případě nám k zjištění, jestli se některý osobnostní rys vyskytuje u našich respondentů, bude stačit data utřídit a popsat, použili bychom jednoduchou statistiku počítající charakteristiku středu našeho souboru - modus a to, jak jsou data okolo něj rozptýlená - variabilitu. K porovnání jednotlivých dotazníků mezi sebou, a tedy porovnání, jestli zvýšený výskyt některých osobnostních faktorů souvisí se závažností bolestí hlavy, budeme testovat za pomoci párového t-testu. Tento test bychom přitom mohli také využít pro nalezení souvislosti mezi jednotlivými osobnostními rysy našich probandů a jejich věkem. Pro analýzu výsledků jednotlivých dotazníků a dalších vstupujících a nám známých proměnných, tedy věk, pohlaví, typ zdravotních obtíží (dle klasifikace IHF), případně i nejvyšší dosažené vzdělání bychom dále museli hledat vhodné testy, které by odpovídaly typu těchto proměnných.

DISKUZE

Literárně přehledová část je rozdělena do dvou témat, které by měly přinést jak ucelený přehled charakteristik bolestí hlavy, tak především přehled vybraných psychologických aspektů, které mohou tyto zdravotní obtíže provázet.

Prvním tématem je teoreticko-neurologické pozadí, které popisuje jednotlivé typy bolestí hlavy a rozděluje je podle IHS do několika podskupin. Toto třídění a popis, ačkoliv úplně nespadá pod hlavní téma této bakalářské práce, je podle mého názoru velmi důležité pro vytvoření podvědomí o rozdílech mezi bolestmi hlavy a jejich průběhu, a také vysvětlení jednotlivých pojmů, které jsou později zmiňovány v celé práci. Tato charakteristika shrnující především biologické aspekty není psána příliš podrobně a rozhodně by mohla být rozšířena o další neurologické poznatky týkající se bolestí hlavy. To však to není hlavním záměrem práce, a tudíž si myslím tyto informace pro základní orientaci v tomto složitém neurologickém problému postačí.

Druhá část věnující se již přímo psychologickým aspektům bolestí hlavy je rozdělena do několika kapitol. Jelikož je to velmi rozsáhlé téma, pod kterým si může každý představit odlišné teorie vstupující do problému, snaží se každá kapitola postihnout vybrané psychologické aspekty z jiného úhlu pohledu. První kapitola věnující se spoušťovým faktorům bolestí hlavy se snaží zohlednit veškeré psychologické příčiny, které by mohly být původcem záchvatů bolestí. Proto zde popisují nejen emoce a osobnostní charakteristiky, které mohou být jistým předpokladem pro rozvoj bolestí hlavy, ale také i životní styl, věkové rozdíly, rozdíly mezi pohlavím a v poslední řadě senzorické podněty, které mi přijdou důležité a v jistém smyslu také psychologické. Výčet samozřejmě není kompletní, a to jak vzhledem k tomu, že téma příčin bolestí hlavy je velmi komplexní a individuální a často nelze vyselektovat pouze jednotlivé faktory, tak i vzhledem k rozsahu této práce.

Následující kapitoly pak pojednávají o psychologických doprovodných jevech při samotném záchvatu bolesti hlavy, které se týkají převážně kognitivních funkcí a také emocí a psychologických důsledků bolestí hlavy. Důsledky tohoto zdravotního problému jsou také velmi širokým tématem, které pravděpodobně nelze plně obsáhnout v této práci. Do tohoto problému totiž zasahují nejen zmíněné příčiny, jako například osobnostní rysy pacientů, ale i

vlivy okolí. Proto jsem vybrala na základě různých odborných publikací ty nejčastější, se kterými se setkáváme u většiny pacientů.

Poslední kapitolou psychologických aspektů bolestí hlavy je jejich komorbidita s psychickými poruchami se zaměřením na poruchy emotivity. Záměrně uvádím jaké má zaměření, jelikož většina informací z této kapitoly je věnována depresivní a úzkostné poruše. Je to především z toho důvodu, že výzkumy prokazují tyto poruchy jako nejsignifikantnější a zabývají se jimi v souvislosti s migrénami a bolestmi hlavy i autoři různých odborných publikací. Jiné výzkumy sice podávají i další psychické poruchy, se kterými se můžeme u pacientů s bolestmi hlavy setkat, avšak většinou takových výzkumů se stejnými výsledky není více, případně nemají dostatečně reprezentativní vzorek. Proto uvádím dále jen příklady takových výzkumů, které ukázaly na signifikantní výskyt psychických poruch jiných než deprese nebo úzkosti. I přesto, že jsem se snažila používat spíše aktuální výzkumy, vzhledem k jejich často specifickému zaměření jsem se občas nevyhnula použití výzkumů starších.

Pro svou práci jsem si mohla vybrat jednu z těchto kapitol jako stěžejní, které bych se věnovala více podrobně. Avšak při velké provázanosti některých témat, jako například emoce, které jsou zmíněné téměř v každé kapitole, jsem se rozhodla svou práci napsat více povrchově a komplexně. Práce tak slouží jako stručný přehled a průřez tematikou psychologických aspektů, se kterými se při různých typech bolestí hlavy můžeme setkat. Určitě by mohla posloužit jako základ k dalšímu, podrobnějšímu rozpracování pro odbornější a obsáhlejší typ práce, který nebyl účelem této bakalářské práce.

V druhé části práce podávám návrh výzkumného projektu, který má za cíl především odhalit, zda můžeme u zkoumaných pacientů trpících bolestmi hlavy najít určité výraznější osobnostní charakteristiky tak, jak jsou popsány v Cattellově dotazníku 16 PF. Ačkoliv bychom od každého respondenta měli vyplněné pouze dva dotazníky, mohli bychom vedle našeho hlavního záměru tohoto výzkumu u zkoumaných probandů zároveň odhalit jisté souvislosti a vztahy mezi typem bolesti hlavy a právě zmíněnými výraznějšími osobnostními charakteristikami, mezi osobnostními charakteristikami a závažností bolestí hlavy, mezi typem bolesti hlavy/osobnostními charakteristikami/závažností bolestí hlavy a věkem/pohlavím/dosaženým vzděláním, případně mezi dalšími kombinacemi.

Nevýhodou tohoto výzkumu může být však několik skutečností, které do toho vstupují. A sice, že nenajdeme dostatek mužských respondentů, jaký by byl potřeba pro normální

rozložení v naší skupině probandů. Jak bylo zmíněno v literárně teoretické části, větší procent pacientů trpících bolestmi hlavy jsou ženy. Nejen, že obvykle bývají k těmto obtížím predisponovány, ale muži často své bolesti hlavy tají a většinou nevyhledávají odbornou pomoc.

Vliv by také mohl hrát fakt, že oba dva dotazníky jsou sebesposuzovací, a tedy nejsme schopni ošetřit to, jestli budou pacienti a zároveň naši respondenti odpovídat pravdivě. Každopádně je to jedna z věcí, kterou by administrátoři dotazníků měli při zadávání instrukcí k vyplňování dotazníků pacientům zdůraznit.

Dalším nežádoucím vlivem by mohla být špatná administrace testu, případně nezajištění adekvátních testovacích podmínek pro výzkumné probandy v důsledku nedostatečné informovanosti examinátora. Nicméně všichni examinátoři by měli být v rámci pilotní studie případně formou osobní schůzky proškoleni o správné administraci dotazníků a vhodných testovacích podmínkách.

Úskalím by také u našich probandů mohly být další přidružené psychiatrické poruchy, které by mohly mít vliv na výsledek dotazníku 16 PF. Ošetření tohoto nežádoucího jevu by přitom mohlo proběhnout ještě před podáním dotazníků probandovi a být jednou z podmínek, tedy, že by účastník výzkumu neměl mít diagnostikovanou žádnou psychiatrickou poruchu. V případě nejasností by se tato záležitost musela prošetřit individuálně za přítomnosti odborníka psychiatra, to by však bylo pro takto designovaný výzkum časově náročné.

Poslední kritérium vyřadit z výzkumu probandy s diagnostikovanými psychiatrickými poruchami, případně je zahrnout do výzkumného souboru jako další skupinu by mohlo být spíše zahrnuto do longitudinální studie, ke které by mohlo vést rozšíření tohoto výzkumného projektu, který by samo sebou vyžadoval více času i financí. V longitudinální studii by se mohl zvýšit počet respondentů zapojením více specializovaných pracovišť a také přidáním kvalitativního diagnostického nástroje k doplnění informací ohledně závažnosti bolestí hlavy.

ZÁVĚR

Literárně teoretická část této bakalářská práce měla za cíl přinést co nejkomplexnější přehled psychologických aspektů, které se nejčastěji vyskytují u pacientů trpících bolestmi hlavy, a to ať už migrénou nebo tenzním typem této bolesti. Pro podání co neucelenějšího, avšak také co nejprehlednějšího výčtu byly tyto aspekty rozděleny do jednotlivých kapitol tak, aby souvisely s vývojem samotného onemocnění. Všechny kapitoly jsou přitom provázány úzkou souvislostí, a proto se některé výzkumy, případně i informace na které je však nahlíženo z různých úhlů, v této práci opakují.

Stejně tak empirická část, která představuje návrh výzkumného projektu zabývající se bolestmi hlavy a osobnostními profily pacientů je podána v návaznosti na předem zmíněné teorie a různé světové výzkumy z této oblasti a nevychází tedy z domněnek.

Pro ucelenější přehled by bylo určitě zajímavé srovnat zahraniční výzkumy týkající se tohoto tématu s těmi českými, avšak problematika bolestí hlavy v České republice zdá se být pořád tématem značně neprozkoumaným a lehce bagatelizovaným, a to nejen mezi širokou veřejností, ale mnohdy i mezi lékaři, a proto se u nás zatím výzkumy, které by se snažily postihnout psychologické aspekty u pacientů trpících těmito obtížemi, téměř neprovádějí.

Z celé práce vyplývá, že v některých případech dost dobře nelze vyselektovat pouze jednotlivé psychologické aspekty týkající se bolestí hlavy a mluvit o nich izolovaně. Například v případě migrény, která je stále ve své etiologii z části zahalena velkou neznámou, nemůžeme kapitolu o potencionálních příčinách vzniku bolestí hlavy brát s předpokladem, že jednotlivé zmíněné symptomy se vyskytují samostatně a jsou to právě ty příčiny, které stojí na počátku rozvoje záchvatů migrény. Jak už bylo zmíněno, příčiny vzniku migrény jsou mnohem složitější spleť symptomů, která je u každého pacienta individuální a může být mnohdy i nedohledatelná. Nejen proto je důležité tuto práci brát jako obecný přehled, který se snaží pojmut téma psychologických aspektů bolestí hlavy systematicky.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

Akyildiz, K., Sercan, M., Yildiz, N., Cevik, A., & Kiyan, A. (2015). Is Headache only Headache? Comorbidity of Headaches and Mental Disorders [Online]. *Dusunen Adam: Journal Of Psychiatry*, 28(1), 34-46. <http://doi.org/10.5350/DAJPN2015280104>

Attar, H., & Chandramani, S. (2012). Impact of physician empathy on migraine disability and migraineur compliance. *Annals of Indian Academy of Neurology*, vol. 15(issue 5), pp. 89-. DOI: 10.4103/0972-2327.100025.

Ayers, S., & De Visser, R. (2015). *Psychologie v medicíně* (Vydání 1.). Praha: Grada Publishing.

Bahra, A. (2012). Other primary headaches. *Annals of Indian Academy of Neurology*, vol. 15(issue 5), pp. 66-. DOI: 10.4103/0972-2327.100012.

Brandt, J., Celentano, D., Stewart, W., Linet, M., & Folstein, M. F. (1990). Personality and Emotional Disorder in a Community Sample of Migraine Headache Sufferers [Online]. *American Journal Of Psychiatry*, 147(3), 303-308. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=edb&an=24296399&scope=site>

Breslau N, Chilcoat HD, & Andreski P. (1996). Further evidence on the link between migraine and neuroticism [Online]. *Neurology*, 47(3), 663-7. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cmedm&an=8797461&scope=site>

Bydžovský, V. (2005). Léčebné postupy u migrén. *Lékařské listy*, (20). Retrieved from: <http://zdravi.e15.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/lecebne-postupy-u-migren-166881>

Cao M, Zhang S, Wang K, Wang Y, & Wang W. (2002). Personality traits in migraine and tension-type headaches: a five-factor model study [Online]. *Psychopathology*, 35(4), 254-8. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cmedm&an=12239443&scope=site>

Danzer, G. (2001). *Psychosomatika: celostný pohled na zdraví těla i duše* (Vyd. 1.). Praha: Portál.

Drapela, V. J. (2011). *Přehled teorií osobnosti* (6. vyd.). Praha: Portál.

Faleide, A. O., Lian, L. B., & Faleide, E. K. (2010). *Vliv psychiky na zdraví: soudobá psychosomatika* (Vyd. 1.). Praha: Grada.

Fornaro, M., & Stubbs, B. (2015). Special review article: A meta-analysis investigating the prevalence and moderators of migraines among people with bipolar disorder [Online]. *Journal Of Affective Disorders*, 178, 88-97. <http://doi.org/10.1016/j.jad.2015.02.032>

Goulart, A., Santos, I., Brunoni, A., Nunes, M., Passos, V., Griep, R., Lotufo, P., & Benseñor, I. (2014). Migraine Headaches and Mood/Anxiety Disorders in the ELSA Brazil. *Headache: The Journal of Head and Face Pain*, vol. 54(issue 8), pp. 1310-1319. DOI: 10.1111/head.12397.

Hartl, P., & Hartlová, H. (2010). *Velký psychologický slovník*. (Vyd. 4., V Portálu 1., pp. 192). Praha: Portál.

Hedborg K, Anderberg UM, & Muhr C. (2011). Stress in migraine: personality-dependent vulnerability, life events, and gender are of significance [Online]. *Upsala Journal Of Medical Sciences*, 116(3), 187-99. <http://doi.org/10.3109/03009734.2011.573883>

Hodgson, S. (2007). Psychologické a jiné výběrové testy: jak se připravit a úspěšně zvládnout různé typy testů (1. vyd.). Praha: Grada.

Holmes, W. F., MacGregor, E. A., Sawyer, J. P. C., & Lipton, R. B. (2001). Information About Migraine Disability Influences Physicians' Perceptions of Illness Severity and Treatment Needs [Online]. *Headache: The Journal Of Head*, 41(4), 343-350. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=s3h&an=4564001&scope=site>

Huber, D., & Henrich, G. (2003). Personality Traits and Stress Sensitivity in Migraine Patients [Online]. *Behavioral Medicine*, 29(1), 4-13. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&an=12305577&scope=site>

Johari Fard R, Goli F, Boroumand A. (2014). Cognitive, Personality, and Family Factors in Patients with Migraine Headache. *Int J Body Mind Culture*, vol. 1(issue 1), pp. 83-93.

Knotek. (2011). Psychologické aspekty chronické bolesti. In: *Liečba chronickej bolesti*. Retrieved from: http://www.solen.sk/index.php?page=pdf_view&pdf_id=5079&magazine_id=13

Lanzi G, Zambrino CA, Ferrari-Ginevra O, Termine C, D'Arrigo S, Vercelli P, et al. (2001). Personality traits in childhood and adolescent headache [Online]. *Cephalalgia: An International Journal Of Headache*, 21(1), 53-60. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&an=11298664&scope=site>

Levor, R. M., Cohen, M. J., Naliboff, B. D., & McArthur, D. (1986). Psychosocial precursors and correlates of migraine headache [Online]. *Journal Of Consulting And Clinical Psychology*, 54(3), 347-353. <http://doi.org/10.1037/0022-006X.54.3.347>

- Léze. (2008). *Velký lékařský slovník* [online]. Retrieved from: <http://lekarske.slovniky.cz/pojem/leze>
- Manson, L. (2011). *Migréna*. (Vyd. 1., 147 s., Překlad Daniela Šimková). Praha: Portál.
- Manson, L. (2011). *Migréna* (Vyd. 1.). Praha: Portál.
- Marková, J. (2004). Primární bolesti hlavy. *Lékařské listy*, (02). Retrieved from: <http://zdravi.e15.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/primarni-bolesti-hlavy-158725>
- Marková, J. (2006). Tenzní bolesti hlavy. *Medicína pro praxi*, (2), pp. 80-82. Retrieved from: <http://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2006/02/07.pdf>
- Marková, J. (2014). Trigemínové autonomní bolesti hlavy. *Postgraduální medicína*, (06). Retrieved from: <http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina/trigeminove-autonomni-bolesti-hlavy-475767>
- Mastík, J. (2007). *Migréna: průvodce ošetřujícího lékaře*. (104 s.) Praha: Maxdorf.
- Mastík, J. (2010). Primární bolesti hlavy. *Interní medicína*, 12(3). Retrieved from: <http://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2010/03/09.pdf>
- Matharu, M., & Lambru, G. (2012). Trigeminal autonomic cephalalgias: A review of recent diagnostic, therapeutic and pathophysiological developments. *Annals of Indian Academy of Neurology*, vol. 15(issue 5), pp. 51-. DOI: 10.4103/0972-2327.100007.
- Mazzone L, Vitiello B, Incorpora G, & Mazzone D. (2006). Behavioural and temperamental characteristics of children and adolescents suffering from primary headache [Online]. *Cephalalgia: An International Journal Of Headache*, 26(2), 194-201. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&an=16426275&scope=site>
- Media centre: *Headache disorders*. (2012). Retrieved from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs277/en/>
- Muchová, M. (2014). Hodnocení migrény [Online]. In *Jak na bolest hlavy*. Brno. Retrieved from <http://jaknaboolesthlavy.cz/o-bolestech-hlavy/hodnoceni-migreny-dotaznik/>
- Nakonečný, M. (2009). *Psychologie osobnosti* (Vyd. 2., rozš. a přeprac.). Praha: Academia.
- Neumann, J. (2010). Migréna: - diferenciální diagnostika a léčba. *Medicína pro praxi*, (6 a 7), pp. 295-298. Retrieved from: <http://www.internimedicina.cz/pdfs/med/2010/06/13.pdf>

- Personality Characteristics in Patients with Migraine Headaches. (2006) [Online]. *Pakistan Journal Of Medical Sciences*, 22(4), 480-482. Retrieved from <http://www.pjms.com.pk/issues/octdec06/article/sc2.html>
- Peterová, V. et al. (2013). *Migréna*. (1. vyd., 140 s.) Praha: Galén.
- Poněšický, J. (2002). *Psychosomatika pro lékaře, psychoterapeuty i laiky*. (Vyd. 1., 120 s.) Praha: Triton.
- Rokyta, R. (2009). *Bolest a jak s ní zacházet: učebnice pro nelékařské zdravotnické obory* (1. vyd.). Praha: Grada.
- Sacks, O. W. (2012). *Migréna* (Vyd. 1.). Praha: Dybbuk.
- Secondary Headaches. (2011). *ACHE: American Committee for Headache Education* [online]. Retrieved from: http://www.achenet.org/resources/secondary_headaches/
- Seidl, Z. (2008). *Neurologie: pro nelékařské zdravotnické obory* (1. vyd.). Praha: Grada.
- Silberstein, S. D. (2003). Migraine and Psychiatric Comorbidities [Online]. *Primary Psychiatry*, 10(10), 64-71. Retrieved from <http://primarypsychiatry.com/migraine-and-psychiatric-comorbidities/>
- Smith MS, Martin-Herz SP, Womack WM, & Marsigan JL. (2003). Comparative study of anxiety, depression, somatization, functional disability, and illness attribution in adolescents with chronic fatigue or migraine [Online]. *Pediatrics*, 111(4 Pt 1), e376-81. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cmedm&an=12671155&scope=site>
- Taubert, K. (2007). *Migréna: [jak ji předcházet a léčit]*. (Vyd. 1., 208 s.) Brno: Computer Press.
- Taziki, S., Saghafi, S., Fathi, D., & Ramezannezhad, A. (2014). Personality characteristics in migraine and tension type headache. *African Journal of Psychiatry*, 17(5), pp. 1-4. Retrieved from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=psyh&an=2014-54072-004&scope=site>
- The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition (beta version). (2013-06-14). *Cephalalgia*, vol. 33(issue 9), pp. 629-808.
- Vilímovský, M. (2013). Neuralgia trojklanného nervu: příčiny, příznaky, diagnostika a léčba [Online]. In *Medlicker.com*. United Kingdom. Retrieved from <http://sk.medlicker.com/593-neuralgia-trojklanneho-nervu-priciny-priznaky-diagnostika-a-liecba>
- Waberžinek, G. (2000). *Bolesti hlavy*. (1. vyd.) Praha: Triton.

Weatherby, S., Brown, H., Newman, C., & Noad, R. (2012). Behavioural management of migraine. *Annals of Indian Academy of Neurology*, vol. 15(issue 5), pp. 78-. DOI: 10.4103/0972-2327.100018.

Zarzycká, K. (2010). Proč migréna u žen není pouhou výmluvou [Online]. In Novinky.cz. Praha: Borgis a.s. Retrieved from <http://www.novinky.cz/zena/zdravi/219778-proc-migrena-u-zen-neni-pouhou-vymluvou.html>

SEZNAM POUŽITÝCH OBRÁZKŮ

Obrázek 1 – Troklanný nerv	15
Obrázek 2 – Začarováný kruh bolesti	33

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

16 PF – 16 Personality Factors

CDI - The Children's Depression Inventory

CPQ - Children's Personality Questionnaire

CT – Computed Tomography (počítačová tomografie)

EPQ - Eysenck Personality Questionnaire

ESPQ - Early School Personality Questionnaire

HPSQ - High School Personality Questionnaire

IHS – Internatinal Headache Society (Mezinárodní organizace pro bolesti hlavy)

ICHD – The International Classification of Headache Disorders (Mezinárodní klasifikace bolestí hlavy)

MIDAS – Migraine Disability Assessment

MMPI - Minnesota Multiphasic Personality Inventory

NEO-PI – NEO Personality Inventory

PVP - Plutchik-van Praag Depression Inventory

SPSS - Statistical Package for the Social Sciences

TAC – trigeminové autonomní cephalalgie

TAI - The Test Anxiety Inventory

WHO – World Health Organisation (Světová zdravotnická organizace)

ZKPQ - The Zuckerman-Kuhlman Personality Questionnaire

PŘÍLOHA 1

DOTAZNÍK MIDAS

1. Kolik dní v posledních 3 měsících jste pro bolesti hlavy nebyl(a) v práci nebo ve škole?
2. Kolik dní v posledních 3 měsících byla Vaše produktivita v práci nebo ve škole snížena na polovinu nebo méně v důsledku bolesti hlavy? (Nezapočítávejte dny, které byly již uvedeny v otázce 1.)
3. Kolik dní v posledních 3 měsících jste nebyl(a) schopen vykonávat domácí práce pro bolesti hlavy?
4. Kolik dní v posledních 3 měsících byla Vaše produktivita v domácnosti snížena na polovinu nebo méně pro bolesti hlavy? (Nezapočítávejte dny, které byly již uvedeny v otázce 3.)
5. Kolik dní v posledních 3 měsících jste nebyl(a) schopen(a) rodinných, sociálních či společenských aktivit pro bolesti hlavy?

Doplňující otázky

- A. Kolik dní v posledních 3 měsících jste měl(a) bolesti hlavy ?
(když bolesti trvaly déle než 1 den, započítejte každý den zvlášť).
- B. Ve škále 0 – 10 uveďte, jak silné byly tyto bolesti hlavy v průměru
(0 = žádné bolesti, 10 = nejsilnější možné bolesti).

(In Muchová, 2014)